

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Capacitação do Enfermeiro na adesão ao Regime Terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico

Judite Sofia Nunes Mendes

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Capacitação do Enfermeiro na adesão ao Regime Terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico

Judite Sofia Nunes Mendes

Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes de Oliveira

2013



RESUMO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O percurso formativo e profissional desenvolvido revestiram-se de importância preponderante para a aquisição, atualização de conhecimentos e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). O presente documento pretende sintetizar as experiências vividas nos diferentes contextos de estágio, procurando fazer a ponte entre o planeado e as atividades efetivamente realizadas para o desenvolvimento de um Programa de Intervenção Terapêutica em Enfermagem direcionado para os profissionais da Unidade de ORL/Urologia do Hospital de Dona Estefânia.

O tema transversal ao percurso desenvolvido foi o da Adesão ao Regime Terapêutico da criança com patologia do foro Urológico. Contudo, foi sofrendo adaptações conforme as necessidades dos diferentes contextos de estágio. A escolha do tema resultou de um conjunto de fatores, nomeadamente interesse pessoal e do diagnóstico de situação realizada na unidade de ORL/Urologia. A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção de enfermagem, e a compreensão deste fenómeno é importante para o exercício de funções. Para aumentar os níveis de adesão na criança, é fundamental conhecer os fatores que influenciam o fenómeno e as estratégias promotoras do comportamento de adesão. O EESIP tem um papel fundamental de intervenção nesta problemática, devendo desenvolver estratégias promotoras de saúde, reduzindo o impacto da doença crónica na criança e família. A metodologia de trabalho incorporou a análise reflexiva e crítica sobre o exercício profissional, a evidência científica e as situações vivenciadas ao longo dos estágios, permitindo identificar problemas e tomar decisões, implementando intervenções direcionadas e aplicáveis aos diferentes contextos. O percurso da formanda apoiou-se no referencial teórico do Modelo de Dorothea Orem - Teoria do Déficit de Autocuidado.

Palavras-chave: Adesão ao Regime Terapêutico; Criança/Família; Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, Autocuidado; Doença Crónica.

ABSTRACT

The preparation of this report appears in the Master's degree in Child Health and Pediatrics, held at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. The training path and professional developed lined up for overriding importance for the acquisition, updating knowledge and skills development to become a Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health (EESIP). This document is intended to summarize the experiences in the different internship contexts, trying to bridge the gap between planned and actual activities undertaken for the development of a Therapeutic Intervention Program in Nursing targeted for professionals of the unit ORL/Urologic in Hospital Dona Estefânia.

The transversal theme of this route was the Adherence to the therapeutic regimen of children with urologic pathology. However, it was being adapted according to the needs of the different contexts. The theme resulted from a combination of factors, including personal interest and situational diagnosis performed in the unit ORL/Urologic. Adherence to therapy is a focus of nursing and the comprehension of this phenomenon is important to the professional exercise. To increase adherence rates in children is important to know the factors that influence the phenomenon and the strategies that promote the adherence behavior. The EESIP has a key role to intervene in this issue and should develop strategies to promote health, reduce the impact of chronic disease on the child and family. The EESIP has a key role to intervene in this issue and should develop strategies to promote health, reduce the impact of chronic disease on the child and family. The methodology incorporated a reflexive and critique analysis of the professional practice, the scientific evidence and the situations experienced throughout the internships, allowing, along path, to identify problems and make decisions, implementing targeted interventions applied to the different contexts. The route of the trainee was based on the theoretical model of Dorothea Orem - Self-Care Deficit Theory.

Keywords: Adherence to the therapeutic regimen; Child / Family; Specialist Nurse Paediatrics and Child Health, Self-Care, Chronic Disease

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, pelo suporte que me deu em cada momento, principalmente à minha mãe e sobrinha pela compreensão.

Às Enfermeiras de Referência dos diversos locais de estágio por onde passei, pelo apoio, incentivo e disponibilidade.

Aos meus amigos, pelo estímulo e força que me transmitiram nos instantes de maior ansiedade, dúvida e “desespero”

Aos meus colegas e amigas do Serviço de Orl/Urologia do Hospital Dona Estefânia, pela compreensão e solidariedade.

À minha Chefe do Serviço de Orl/Urologia do Hospital Dona Estefânia por todo o apoio que me deu neste percurso.

À Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira pela orientação dada e a todos os docentes do Curso.

À Professora Isabel Malheiro por me ter proporcionado uma das maiores experiências da minha vida no Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central

CIC- *Clean intermittent catheterization*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

Dec.-lei- Decreto-Lei

EDIN- *Échelle de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né*

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

HDE- Hospital Dona Estefânia

HSFX- Hospital de São Francisco Xavier

MIF - Medida de Independência Funcional

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL/Urol- Otorrinolaringologia/Urologia

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

SB- *Spina Bifida*

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1.1. Problemática e sua justificação.....	11
1.2. A Doença Crónica na Criança – patologia Urológica.....	14
1.3. Adesão ao Regime Terapêutico.....	15
1.4. A criança em idade escolar.....	20
1.5. Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado.....	22
2. O PERCURSO, EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	25
2.1. Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012.....	26
2.2. A Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal.....	31
2.3. A Consulta de Neurologia do Hospital de D. Estefânia.....	37
2.4. O Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.....	41
2.5. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de SFX.....	42
3. O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

APÊNDICE I - Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

APÊNDICE II - Objectivos da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

APÊNDICE III – Plano de sessão - A criança com Spina Bífida- necessidades especiais

APÊNDICE IV – “A criança com Spina Bífida- necessidades especiais”

APÊNDICE V – Avaliação da sessão - “A criança com Spina Bífida- necessidades especiais”

APÊNDICE VI – Folheto sobre a CIC - UCC

APÊNDICE VII - Procedimento sectorial sobre a CIC –UCC

APÊNDICE VIII - Objectivos para a Consulta de Neurologia – HDE

APÊNDICE IX - Grelha de observação Consulta de Neurologia – HDE

APÊNDICE X - Entrevista semi-estruturada - Consulta de Neurologia - HDE

APÊNDICE XI - Padrão Documental “diagnósticos CIPE ® Consulta de Neurologia – HDE”

APÊNDICE XII - Caracterização da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

APÊNDICE XIII - Objectivos da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

APÊNDICE XIV - Objectivos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Francisco Xavier

APÊNDICE XV- Questionário aplicado aos Enfermeiros da unidade de ORL/Urol

APÊNDICE XVI - Análise Temática de Conteúdo

APÊNDICE XVII – Plano de Sessão do Projecto de Intervenção

APÊNDICE XVIII – Apresentação do Projecto de Intervenção

APÊNDICE XIX – Folheto CIC pais

APÊNDICE XX - Folheto CIC escola

APÊNDICE XXI – Reflexão Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012

APÊNDICE XXII – Reflexão Consulta de neurologia Pediátrica HDE

APÊNDICE XXIII - Reflexão Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

APÊNDICE XXIV – Reflexão UCIN- HSFx

APÊNDICE XXV – Reflexão UCC- Seixal

APÊNDICE XXVI – Cronograma de Estágios

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, integrado no 3º Semestre na Unidade Estágio. Este relatório pretende demonstrar o percurso de formação, as atividades realizadas e a sua intencionalidade de acordo com os objetivos definidos. Pretende, ainda, demonstrar as competências desenvolvidas e/ou adquiridas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como evidenciar a capacidade autocrítica e reflexiva do exercício profissional, que ocorreu na Unidade Curricular Estágio. O presente documento apresenta ainda carácter avaliativo.

Previamente à realização dos estágios foi elaborado um projeto de trabalho, que orientou o planeamento dos diferentes campos de estágio. A realização do referido projeto promoveu a realização de uma reflexão cuidada sobre a prática profissional da mestranda, na qual resultou a temática que direcionou este trabalho. O tema escolhido - **“Capacitação do Enfermeiro na adesão ao Regime Terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico”** surgiu não só por ser uma área de interesse pessoal e relevante para a prática clínica da formanda, como pelo facto de ser uma necessidade identificada na Unidade de Urologia do Hospital de D. Estefânia, local onde a formanda exerce funções. De forma a nortear e justificar todas as ações desenvolvidas e estratégias implementadas, recorreu-se ao Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado.

Os estágios realizados tiveram como propósito a reunião de contributos para o desenvolvimento de um projeto de intervenção clínica que visa a prestação de cuidados de enfermagem especializados, e com elevado grau de qualidade, bem como a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Deste modo, o processo de aprendizagem e formação foi desenvolvido no sentido de responder aos interesses e necessidades de aprendizagem da formanda, conjugando-os com as especificidades dos diferentes locais de estágio.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi descritiva e reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica, encontrando-se o mesmo estruturado em quatro capítulos. Após a introdução encontra-se o enquadramento conceptual com a identificação e fundamentação da problemática, sustentada numa revisão da literatura sobre a temática e do referencial teórico de enfermagem adotado. Seguidamente, é contemplado o percurso realizado, as atividades e competências desenvolvidas e adquiridas. Por fim, encontram-se as considerações finais, onde são analisadas e refletidas as mudanças resultantes de todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, bem como, as dificuldades e limitações sentidas.

O relatório foi organizado com base nas Normas da APA para a elaboração de trabalhos escritos e no Guia Orientador para a apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento teórico do fenómeno em estudo agrega um conjunto de conceitos indispensáveis para a sua compreensão e que merecem ser aprofundados.

1.1. Problemática e sua justificação

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (n.º 3, Artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Na unidade de ORL/Urologia onde a formanda exerce funções, contacta frequentemente com crianças com doença crónica. A maioria dessas crianças sofre de patologias do foro urológico resultando em incontinência urinária, bexigas disfuncionais (neurogénicas, espásticas) na sua grande maioria derivadas de doenças como: Spina Bífida, Válvulas da Uretra Posterior e Extrofia da Bexiga. Como resultado dessas patologias, é proposto a um grande número de crianças a implementação de um regime terapêutico de modo a aumentar a sua qualidade de vida. Esta intervenção engloba uma abordagem farmacológica e não farmacológica, nomeadamente a realização de CIC (*Clean Intermittent Catheterization*). A complexidade e o impacto deste tipo de patologia na criança e família, com os seus respetivos regimes terapêuticos, constituem motivo para refletir acerca desta realidade e perspetivar intervenções e estratégias de enfermagem que visem melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida. O contacto com esta realidade no seio da equipa de enfermagem evidenciou algumas dificuldades:

- Mobilização de conhecimentos e estratégias promotores da melhor aprendizagem no tratamento e posterior adesão a nível da equipa de enfermagem;
- Necessidade de adaptar os ensinamentos à fase de desenvolvimento da criança e às diferentes necessidades das famílias.

Segundo dados fornecidos pelo Hospital de Dona Estefânia, são atualmente cerca de 200 as crianças com este regime terapêutico, e destas, número superior a 50 foram intervencionadas cirurgicamente e apresentam contacto frequente com a unidade. Das 200 crianças seguidas na consulta de Neurologia (SB) cerca de 150 realizam CIC como parte do seu regime terapêutico. A adesão à terapêutica é de extrema importância, quando nos referimos a doenças crónicas e devido ao seu impacto na população. Na perspetiva de Machado (2009), a adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. A sua proximidade com as pessoas e doentes, a natureza da relação de cuidados, bem como a regularidade e a duração dos tratamentos proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efetivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde. Para Hommel, Odell, Sanders, Baldassano & Barg (2010), a adesão ao regime terapêutico é um significativo problema de saúde comportamental na doença crónica pediátrica. A adesão tem importante impacto sobre a tomada de decisão clínica, morbilidade e resultados do tratamento. De acordo com o estudo realizado por Hommer et al. (2010), apenas 50% das crianças aderem ao tratamento prescrito e apenas 25 % a 30% dos adolescentes apresentam adesão adequada.

Para a WorldHealthOrganization [WHO] (2003), um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres. A mesma entidade prevê que o grande impacto económico das doenças crónicas, a nível mundial continue a crescer até 2020, altura em que representará cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo. Após análise de quatro décadas de pesquisa sobre a adesão, os seus determinantes e intervenções levou a WHO (2003) a emitir um conjunto de recomendações para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas, traduzindo-se no “estado da arte”, no que concerne ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico: a) Os pacientes precisam de ser apoiados, não culpabilizados ou repreendidos; b) consequências da baixa adesão aos tratamentos de longo prazo são resultados negativos nos indicadores de saúde e elevados custos económicos; c) melhorar a adesão também aumenta a segurança do paciente; d) a adesão é um modificador importante da

eficácia do sistema de saúde; e) as intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existindo uma única estratégia eficaz para todos; f) melhorar a adesão pode ser o melhor investimento de combate de condições crónicas e ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos; g) os sistemas de saúde devem evoluir para atender a novos desafios; h) uma abordagem multidisciplinar para a adesão é necessária. A família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas neste processo; i) os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão.

A adesão a regimes terapêuticos de longa duração é um processo dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por cinco grupos de fatores com influência variável, que interagem entre si: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com o sistema de saúde, os serviços e os profissionais de saúde, fatores relacionados com a doença, fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com a pessoa doente (WHO, 2003; Machado, 2009). Segundo a WHO (2003), tem havido tendência para se concentrar em fatores unidimensionais (centrados principalmente no paciente). As cinco dimensões devem ser consideradas numa exploração sistemática dos fatores que afetam a adesão e as intervenções destinadas na sua melhoria (WHO, 2003). Posto isto, torna-se, pertinente e útil o desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem, que contribua para a capacitação do enfermeiro na promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da Criança e em idade escolar com patologia do foro urológico.

1.2. A Doença Crónica na Criança – patologia Urológica

A World Health Organization (2003) define a doença crónica como “doença que tenha uma ou mais das seguintes características: seja permanente, deixa incapacidade residual, seja causada por alteração patológica irreversível, requeira adaptação especial do paciente para a reabilitação, que inclui ou no qual pode ser esperado um longo período de observação, supervisão ou cuidado “ (p.3). Bizarro (2001) acrescenta que doença crónica é uma condição que interfere com o funcionamento normal diário por mais de três meses num ano ou resulta em hospitalizações por mais de um mês por ano. De acordo com Prazeres (2006), crianças e adolescentes que algumas décadas atrás não teriam sobrevivido, atingem agora a idade adulta. Os avanços tecnológicos e clínicos no tratamento de doenças crónicas têm contribuído para um número crescente de adolescentes com necessidades de saúde especiais, o que lança novos desafios aos profissionais de saúde e à qualidade de cuidados necessários. De acordo com Robyn, Crisp e Steinbeck (2003), para muitos destes jovens, o desafio de viver com a sua doença pode ser esmagador e levar um baixo desenvolvimento psicossocial e a altos níveis de angústia. A menos que os sistemas de saúde sejam desenvolvidos para ajudar estes jovens, eles são menos suscetíveis de atingir níveis de saúde positiva e mais propensos a tornarem-se dependentes do sistema de saúde.

Opperman e Cassandra (2001) referem que as doenças crónicas requerem cuidados contínuos e de adaptação, cujo tratamento não é orientado para a cura, devido à inexistência de cura, mas sobretudo sintomático. Uma vez que a doença crónica não tem cura, os cuidados centram-se na gestão da doença e na adesão ao regime terapêutico, de modo a controlar os sintomas e minimizar as complicações. A necessidade deste tipo de cuidados remete para a família e para a própria criança, de acordo com o seu desenvolvimento, a responsabilidade de aplicar o tratamento e monitorizar a doença (Wang & Bernard, 2004).

A doença crónica do foro urológico “tem um impacto significativo em todos os aspetos do funcionamento e, consequentemente, da qualidade de vida (...), existem encargos adicionais de ajustes psicológicos e baixa autoestima. O isolamento social não é incomum, como consequência da mobilidade pobre, baixa autoestima, e é composta por questões de incontinência” (Özek, Cinalli, & Maixner, 2008, p. 342). O controlo da bexiga é um

mecanismo complexo que é controlado seja voluntária ou involuntariamente. O normal funcionamento da bexiga envolve a coordenação do esfíncter da uretra e do músculo detrusor, para permitir o enchimento, armazenamento e esvaziamento adequados de urina. A existência de deficiência nas enervação neurológicas da bexiga ou defeitos congênitos requerem métodos alternativos para garantir o esvaziamento da bexiga. A CIC envolve a inserção periódica de um cateter na bexiga para drenar a urina. Este cateterismo permite o esvaziamento da bexiga, evita o excesso de distensão, preserva a função renal, reduz a incidência de infecção urinária, levando a um melhor prognóstico e qualidade de vida (Bray & Sanders, 2007; Özek, Cinalli, & Maixner, 2008; Newman & Willson, 2011). Segundo Özek, Cinalli e Maixner (2008) é cada vez mais reconhecido que as crianças e adolescentes com este tipo de patologia têm complexas necessidades a longo prazo e são influenciados pelo seu impacto na dinâmica familiar. Devido à doença crônica, a criança e o adolescente vêm o seu cotidiano modificado, muitas vezes, com limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença e podem ser frequentemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamentos à medida que a doença progride. Assim, a hospitalização permeia seus processos de crescimento e desenvolvimento, modificando, em maior ou menor grau, o cotidiano, separando-os do convívio dos seus familiares e ambiente (Vieira & Lima, 2002).

1.3. Adesão ao Regime Terapêutico

A nível da literatura consultada, em língua inglesa, encontram-se três termos distintos para a adesão, *compliance*, *adherence* e *concordance*. O primeiro termo tem uma conotação negativa, sugerindo passividade e submissão do indivíduo às prescrições, estando todo o poder na pessoa que prescreve. O termo *adherence* sugere uma participação mais ativa da pessoa no processo de decisão incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Myers & Midence, 1998; Vermeire & et al., 2001 citado por Machado, 2009). *Concordance* é um termo relativamente recente cuja definição evoluiu de um processo de consulta, no qual o médico e o paciente concordam que as decisões terapêuticas, para um conceito mais amplo, que se estende de prescrição de comunicação para suporte ao paciente (Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), 2005). Verifica-se que o conceito evoluiu da doença e da prescrição clínica para os conselhos de saúde e com envolvimento do indivíduo neste processo.

A adesão pode ser definida como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008). Para Almeida, Versiani, Dias, Novaes e Trindade (2007) pode, de igual modo ser definida, “ como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito” (p.59). Citando Sousa (2005), a adesão terapêutica “inclui perceber as prescrições terapêuticas, segui-las, tomar as doses corretas à hora certa, não esquecer nenhuma dose, não fazer auto ajustamentos do regime em função dos efeitos secundários, respeitar as restrições alimentares associadas à ingestão medicamentosa e não suspender a terapêutica prescrita” (p.4).

Segundo a CIPE® 2, a adesão ao regime terapêutico é conceptualizada como sendo “uma ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde, e obedece às instruções relativas ao tratamento” (p. 38).

O cuidado médico complexo e intervenções tecnologicamente sofisticadas, sem ter em atenção o impacto psicológico e social no jovem, corre maior risco de falhar ou de incorrer em sequelas negativas é destacado por Robyn et al. (2003). Silva (2005) realça que são “muitos fatores que afetam a adesão ao regime terapêutico, a longo prazo, em crianças e adolescentes, e é necessário identificá-los para poderem implementar-se medidas que promovam a adesão” (p. 5). Na linha de pensamento de Robyn et al. (2003), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação dos jovens que se encontram em alto risco de sofrimento psicossocial. A informação sobre o funcionamento psicossocial dos jovens com doença crónica pode melhorar o *timing* e a eficácia das intervenções, tanto de enfermagem, como interdisciplinares visando aspetos psicossociais e preocupações relativamente à adesão.

Para o correto planeamento do tratamento eficaz e eficiente, a WHO (2003) recomenda uma precisa avaliação do comportamento de adesão, de modo a aferir e a assegurar que o resultado de saúde pode ser atribuído ao regime recomendado. Contudo, não existe um método padrão para avaliação do comportamento de adesão, existindo relatos de uma grande variedade de

estratégias relatadas na literatura (WHO, 2003). Um modo de proceder a essa avaliação é através de avaliações subjetivas de adesão por parte dos cuidadores e prestadores, contudo os prestadores de cuidados têm tendência a sobrestimar a adesão (WHO, 2003) ou a confundirem resultados com adesão (Epstein citado por Silva, 2005). Contrariamente ao exposto, Silva (2005) refere que “os clínicos estimaram a adesão abaixo da referida pelas famílias” (p.4). A avaliação através dos pacientes também é problemática, visto não revelarem o não cumprimento do conselho de tratamento e tenderem a descrever o seu comportamento com precisão, o que dificulta a distinção dos aderentes, daqueles que dizem ser aderentes (Silva, 2005; WHO, 2003). Outros métodos subjetivos para medir a adesão incluem a aplicação de questionários e entrevistas, registos diários padronizados aos pacientes e aos cuidadores (WHO, 2003; Silva, 2005).

As estratégias objetivas, de acordo com a WHO (2003), apesar de aparentarem ser uma melhoria em relação às abordagens subjetivas, possuem algumas desvantagens na avaliação de comportamentos de adesão. A contagem de medicação é imprecisa e pode levar a sobre estimativa de comportamentos de adesão, no entanto, informações importantes tais como a temporização de dosagem e os padrões de dosagens perdidas não são capturadas usando esta estratégia. A consulta de registos de farmácia, sobre fornecimento de medicamentos prescritos pode fornecer indicadores erróneos, pois não assegura que o doente ingira a medicação (WHO, 2003; Silva, 2005). O dispositivo de monitorização eletrónico (MEMS) regista a hora e a data em que um recipiente de medicação foi aberto, de modo a melhor descrever a maneira como os pacientes tomam os seus medicamentos (WHO, 2003; Silva, 2005). Todos estes métodos de avaliação são válidos, e possuem vantagens e desvantagens. A abordagem multimétodo que combina vários métodos de medição é o preconizado atualmente (WHO,2003; Silva, 2005).

Vários modelos fornecem contributos para melhor compreender e explicar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas. Estes modelos pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente a questões relacionadas com a saúde e a doença. Baseiam-se na premissa que através da compreensão das suas crenças, valores e atitudes, será possível a construção de planos de intervenção mais eficazes.

O modelo das crenças de saúde concentra-se em quatro aspetos inter-relacionados: a suscetibilidade percebida a uma ameaça à saúde; a resposta comportamental a essa ameaça, em que quanto maior for a suscetibilidade percebida, maior a motivação para a adoção de comportamentos promotores de saúde; a percepção dos benefícios de determinadas ações e a percepção das dificuldades a essas ações. Este modelo parte do pressuposto, de que os comportamentos saudáveis são determinados pela percepção da vulnerabilidade às ameaças à saúde, bem como às crenças atribuídas. O conhecimento destas crenças permite prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde (Bennet & Murphy, 1999; Couto, 1998; Machado, 2009).

A teoria da aprendizagem social, ou teoria cognitiva social, é constituída por quatro fatores: o comportamento potencial, a expectativa, o valor do reforço e a situação psicológica. O potencial para a adoção de determinado comportamento, depende da expectativa face ao comportamento a adotar e se este conduz a determinado reforço, dependendo do valor que esse reforço tem para a pessoa. O indivíduo é motivado para a obtenção de máximo de reforço (Bennet & Murphy, 1999; Machado, 2009). Existem três elementos da teoria cognitiva social relevantes para a promoção da saúde: o papel das expectativas, o processo de aprendizagem vicariante e a influência motivadora do bom estado de saúde como resultado do comportamento de adesão (Bennet & Murphy, 1999; Machado, 2009).

A teoria do locus de controlo da saúde reflete o modo como o indivíduo acredita que as suas ações podem alcançar os resultados pretendidos (Bennet & Murphy, 1999). Nesta teoria são identificados três dimensões independentes do locus de controlo percebido para a saúde: interior, acaso e autoridades externas. O modelo sugere que os indivíduos com locus de controlo interno, consideram a sua saúde dependente do seu próprio controlo e, por isso, têm maior probabilidade de adotar comportamentos de promoção de saúde e de adesão ao regime terapêutico. Por outro lado, o modelo advoga, que os indivíduos que atribuem o locus de controlo ao acaso têm maior probabilidade de adotar comportamentos prejudiciais à sua saúde (Bennet & Murphy, 1999; Machado, 2009). Os indivíduos com crenças em autoridades externas são os mais difíceis de prever, uma vez que uma crença elevada pode significar uma grande receptividade às mensagens dos profissionais de saúde, contudo, também pode indicar uma forte crença na capacidade da medicina para curar todas as doenças, levando a pessoa a

negligenciar a promoção e a manutenção da saúde (Bennet & Murphy, 1999; Machado, 2009).

De acordo com a teoria de médio alcance de Swanson (1991) cuidar é “uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (p. 354). Swanson (1993) apresenta cinco categorias ou processos de cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Segundo esta teoria de médio alcance, cuidar conduz ao desenvolvimento, quer de quem cuida, quer de quem é cuidado. Este desenvolvimento é conseguido através do estabelecimento de uma relação entre ambos. Para Swanson (1993), manter a crença, comporta acreditar nas capacidades do outro em ultrapassar um acontecimento e enfrentar um futuro com significado; é ter estima pelo outro mantendo uma atitude de esperança e otimismo, no sentido de caminhar até ao fim com a outra pessoa; conhecer é tentar compreender a pessoa e a situação. O enfermeiro procura centrar-se na pessoa que é cuidada, envolvendo-o e esforçando-se para compreender os eventos que tenham significado na vida do outro. Estar com, é estar emocionalmente presente para o outro, transmitindo ao cliente que ele e suas experiências são importantes para o enfermeiro. A presença emocional é uma forma de compartilhar os significados, sentimentos e experiência vivida do para um cuidado. Fazer por, consiste em fazer pela pessoa aquilo que ela faria se pudesse, proporcionar conforto, proteger e antecipar as necessidades do outro, de modo competente, preservando a sua dignidade. Possibilitar é definido pelo autora como o ato de tornar o outro capaz de se cuidar, ajudando-o nas transições da vida, é informar, apoiar, criar alternativas, orientar e refletir com ele de modo a proporcionar bem-estar a longo prazo (Swanson, 1993).

1.4. A criança em idade escolar

Segundo Papalia, Olds, & Feldman (2001), a idade escolar corresponde aos anos intermédios da infância, compreendidos aproximadamente entre os 6 aos 11 anos. Para Hockenberry, Wilson, & Winkelstein (2006), este período prolonga-se até aos 12 anos de idade. É o período chamado de idade escolar porque a escola constitui a experiência central desta fase de vida, sendo um ponto fulcral para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. As crianças desenvolvem competências em todos os domínios, associa-se a colegas da mesma faixa etária e aprende a cultura da infância. Com os grupos estabelecem os primeiros relacionamentos íntimos fora do âmbito familiar (Hockenberry et al., 2006). As crianças em idade escolar são ávidas por desenvolver habilidades e participar de modo significativo e socialmente útil; adquirem um entendimento de competência pessoal e interpessoal, desenvolvendo habilidades necessárias para se tornarem membros úteis e contribuintes para as comunidades sociais (Hockenberry et al., 2006). Os mesmos autores realçam o desenvolvimento da necessidade de independência nesta etapa. As crianças querem envolver-se em tarefas que podem ser executadas até a sua finalização. Nesta fase, as crianças aprendem o valor de fazer coisas com os outros. O perigo inerente, neste estágio de desenvolvimento, é a ocorrência de situações que podem resultar num sentimento de inferioridade. De acordo com Hockenberry et al. (2006), “as crianças com limitações físicas e mentais podem ter uma desvantagem para aquisição de certas habilidades (...) as crianças que são incapazes de desenvolver essas habilidades correm o risco de se sentirem inadequadas e inferiores” (p.475). Contudo, todas as crianças sentirão um certo grau de inferioridade ao confrontarem-se com habilidades específicas que não conseguem dominar.

As crianças entram no estágio das operações concretas de Piaget, no período sensivelmente entre os 7 e os 12 anos. Nesta faixa etária, as crianças são menos egocêntricas e usam operações mentais para resolver problemas concretos, porque são capazes de pensar logicamente; têm em consideração múltiplos aspetos de uma situação, em vez de se concentrarem num único aspeto; adquirem capacidades de utilização de processos de pensamento para experimentar eventos e ações, fazendo julgamentos baseados no raciocínio (Papalia et al., 2001; Hockenberry et al., 2006). A capacidade crescente de compreender o ponto de vista dos outros, ajuda-as a comunicar mais eficientemente e a serem mais flexíveis nos seus julgamentos morais. Contudo, as crianças neste estágio ainda estão limitadas a

pensamentos sobre as situações reais, no aqui e no agora (Papalia et al., 2001). Os mesmos autores, relativamente ao estágio das operações concretas, esclarecem que as crianças nesta fase possuem maior compreensão entre fantasia e realidade, classificação, relações lógicas, causa e efeito, conceitos espaciais e conservação e são mais competentes com os números. A capacidade de ler é adquirida durante os anos escolares tornando-se no instrumento mais significativo e valioso para investigações independentes. A capacidade das crianças em explorar, imaginar e expandir seus conhecimentos aumenta com a leitura (Hockenberry et al., 2006).

Para Hockenberry et al. (2006), a criança em idade escolar desenvolve critério de realização e de competência, contribuindo para o seu desenvolvimento sócio-afetivo, dominando novas habilidades e completando tarefas em grupo. Torna-se sensível às normas sociais e cria amizades com os seus pares. Nesta faixa etária existe uma forte valorização e identificação com os pares. A identificação com o grupo de pares é um fator importante para adquirir independência dos pais.

O desenvolvimento moral da criança neste estágio é para Kohlberg, referido por Hockenberry et al., (2006) desenvolvido através da construção da consciência moral, conseguindo compreender e aderir a regras e padrões estabelecidos por outras pessoas. A criança adquire a capacidade de julgar um ato pelas intenções que o reproduziram do que pelas suas consequências. As regras e os julgamentos tornam-se menos absolutos e autoritários, começando a basear-se nas necessidades e nos desejos de outros. De acordo com os autores referidos, a quebra das regras provavelmente será vista em relação ao contexto total em que surge. Desenvolvem, ainda, a noção de compreensão e aceitação do conceito de tratar os outros como gostariam de ser tratadas. A nível emocional, a criança entre os 7/8 anos a criança interioriza emoções de vergonha e de orgulho. À medida que cresce pode compreender e controlar melhor as suas emoções negativas. Sabe o que as faz ficar zangada, temerosa ou triste e o modo como os outros reagem quando mostra estas emoções, deste modo, podem controlar e adaptar o seu comportamento em conformidade. Também compreendem a diferença entre ter a emoção e exprimi-la (Hockenberry Et al. 2006; Papalia et al 2001).

1.5. Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado

O modelo de enfermagem utilizado como suporte para o percurso percorrido foi a Teoria do Deficit do Autocuidado de Dorothea Orem. Esta escolha baseou-se no facto da formanda acreditar que a ênfase no autocuidado pode ser uma alternativa viável no sentido de aumentar as capacidades, mais concretamente, neste caso, a adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e dos seus cuidadores informais. De acordo com Orem (1993), o Ser Humano é um organismo biológico, pensa e raciocina, com capacidade de reflexão sobre si e o seu ambiente. Tem capacidade de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas para pensar, comunicar e orientar esforços para realizar ações benéficas, para si e para os outros. Orem (1993) define cuidados de enfermagem como a ajuda ao paciente a realizar e a manter autocuidados, ações para manter a saúde e vida, recuperar-se de doença e adaptar-se às suas consequências. O ambiente é entendido, como todos os fatores, físicos, químicos, biológicos e sociais, sejam eles da família ou da comunidade, que podem influenciar e interagir pessoalmente. O conceito de saúde é definido como um estado de totalidade ou integridade do ser humano individual que implica bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença.

Segundo Orem (1993), o autocuidado (AC) é uma “atividade aprendida pelos indivíduos, orientada para um objetivo, é um comportamento que existe em situações concretas de vida conduzida por pessoas para si ou para o meio ambiente de modo a regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento para o benefício da sua vida, saúde ou bem-estar” (p.71). Para a autora, o termo autocuidado, comporta a dupla conotação de "para si" e "por si mesmo" (p. 131).

A prestação de cuidados a crianças tem o nome de “agência de cuidado dependente, em que o termo agente se utiliza no sentido de pessoa que leva a cabo a ação” (p.131). Orem (1993) descreve três requisitos básicos, que são “expressões dos objetivos a atingir, dos resultados desejados ao ocupar-se intencionalmente do autocuidado. São as razões para realizar as ações que constituem o autocuidado” (p. 136). Os requisitos de autocuidado são reflexões formuladas e expressas sobre ações que se sabe serem necessárias ou que se supõe terem validade na regulação de aspetos de regulação do funcionamento e desenvolvimento humanos. Os requisitos de AC formulados identificam dois elementos: o primeiro é o fator a controlar ou dirigido de algum modo para manter alguns aspetos do funcionamento e

desenvolvimento humano dos indivíduos compatível com a vida, a saúde e bem-estar pessoal; o segundo elemento é a especificação da natureza da ação a realizar. São “ expressões dos objetivos a atingir, os resultados desejados ao ocupar-se intencionalmente do AC. Orem (1993)distingue três requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Quando estes três requisitos são cobertos de modo efetivo, dão lugar a condições ambientais e humanas que apoiam os processos vitais, mantendo as estruturas e funcionamento humano dentro dos limites normais, apoiando o desenvolvimento de acordo com o potencial humano, prevenindo lesões e estados patológicos e promovendo o bem-estar geral (p.140). A existência de uma doença crónica é uma evidência da necessidade de autocuidado por desvio de saúde, “associada a defeitos constitucionais, genéticos, alterações funcionais e estruturais” (Orem, 1993, p. 140), que conduz a novas demandas terapêuticas.

Tendo em atenção este modelo, os enfermeiros devem desenvolver capacidades para identificar os requisitos de autocuidado, selecionar ou confirmar os métodos gerais através dos quais cada requisito pode e deve ser coberto, e identificar as ações a realizar para satisfazer cada requisito de autocuidado específico. Os enfermeiros devem igualmente, desenvolver capacidades para identificar e conceptualizar a demanda total de ação de autocuidado. A enfermagem deve estimular, aproveitar e desenvolver o potencial da pessoa e família para o autocuidado, através de uma parceria entre paciente e profissional, na qual os problemas são identificados, determinando as ações e o tipo de intervenção apropriada (Sampaio, Aquino, Araújo & Galvão, 2008).

De modo a apoiar e a capacitar a criança e os familiares na gestão do regime terapêutico, o enfermeiro deve assistir os agentes de cuidado dependente, utilizando um dos cinco métodos de ajuda identificados por Orem (1993), nomeadamente o ensinar o outro, por ser “método de ajuda válido para a pessoa que necessita de instrução, para desenvolver o conhecimento de habilidades particulares” (p.14). Com esta sistematização, o enfermeiro pode determinar o grau de dependência relativamente à enfermagem, no que confere ao autocuidado dependente. O sistema de enfermagem de apoio-educação, é o que se adapta à problemática estudada, pois pode ser utilizada em situações “ em que o paciente consegue ou deve aprender a realizar as medidas requeridas de autocuidado terapêutico orientado internamente ou externamente, porém não o pode executar sem auxílio” (Orem, 1993,p.325).

A utilização da Teoria do Autocuidado de Orem é um instrumento válido para a promoção de uma comunicação mais objetiva entre enfermeiro, a criança e a família, trazendo subsídios vantajosos para a minha prática clínica. O enfermeiro deverá acompanhar as necessidades da criança e dos cuidadores informais, no respeito pela autonomia e bem-estar, o que está em conformidade com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), ao recomendar que o enfermeiro tenha como objetivo o maximizar do bem-estar e a otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. A educação para o autocuidado é uma atividade planeada e intencional dos enfermeiros com vista a transformar as pessoas em ativas, reflexivas e capazes de colocar questões, conscientes de terem o controlo da sua vida e da sua saúde (Silva, 2007).

2. O PERCURSO, EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO:

O presente capítulo abarca todo o percurso percorrido em contexto de Estágio. De modo a espelhar o percurso percorrido a formanda procederá à exposição dos objetivos delineados para os diferentes contextos e as atividades realizadas. Evidenciar a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria através da descrição e reflexão crítica sobre a prática de enfermagem nos diferentes locais de estágio.

No âmbito do percurso traçado delinearam-se como objetivos gerais transversais aos diferentes locais de estágio:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e família com patologia do foro urológico.
- Desenvolver um Programa de Intervenção Formativo a nível da equipa de Enfermagem da Unidade de ORL/Urologia relativo à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico.

Planearam-se ainda os seguintes objetivos específicos correspondentes ao processo de formação e aprendizagem nos diferentes contextos de estágio:

- Desenvolver competências na comunicação com a criança em idade escolar e família, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento;
- Aprofundar conhecimentos relativamente à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e da família com patologia urológica;
- Identificar estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar relativamente à adesão ao regime terapêutico;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na família;
- Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;

- Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem;
- Elaborar um plano de formação para os enfermeiros da Unidade de ORL/Urol sobre estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar, relativamente à adesão do regime terapêutico, no contexto laboral.

Contudo, através do contacto com os diferentes locais de estágio e resultante da reflexão relativamente aos contributos que cada local poderia proporcionar para o crescimento profissional e pessoal da formanda, e de modo a promover e orientar o período formativo foram delineados e reformulados alguns objetivos específicos para cada local, os quais serão apresentados em anexo.

O Estágio constitui-se como um momento de ligação e confronto entre a teoria e a prática clínica. Segundo Benner (2001), “as situações práticas são bem mais complexas que tudo aquilo que é descrito pelos modelos formais, as teorias e outras descrições livrescas” (p.202). Deste modo, segundo a mesma autora “o teórico deve sempre depender da prática para desenvolver os conhecimentos clínicos e resolver problemas que a teoria, muitas vezes não leva em conta” (Benner, 2001, p. 209). De acordo com o modelo de aquisição de competências da mesma autora, o enfermeiro desenvolve as suas competências inicialmente durante a sua formação inicial, e posteriormente, durante toda a sua atividade profissional passando por vários níveis de desenvolvimento chegando a perito.

2.1. Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012

O presente estágio decorreu durante o mês de agosto no período compreendido entre os dias 6 e 11 de agosto de 2012, na Quinta da Fonte Quente na Tocha. O Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012” integrou 30 crianças e jovens (28 portadores de Spina Bífida e 2 Lesão Medular seleccionadas de entre 37 inscrições), e teve a duração de 10 dias, sendo que, a formanda esteve presente nos 5 dias iniciais. Previamente à realização do campo de treino a formanda submeteu-se a uma formação de 16 horas (nos dias 21 e 22 de julho) que tinha como objetivos:

- Descrever/Informar o que é a Spina Bífida/Lesão medular e suas repercussões;
- Descrever/Informar as necessidades especiais destas crianças e jovens;

- Desenvolver competências na área dos procedimentos a supervisionar durante a intervenção (eliminação vesical/autoalgaliação, eliminação intestinal, prevenção e detecção precoce de úlceras de pressão, transferências, higiene/vestir e despir);
- Descrever/informar os sinais e sintomas de alarme relacionados com as úlceras de pressão; obstrução do shunt (válvula ventrículo-peritoneal) e reação alérgica ao Látex;
- Desenvolver competências na área da avaliação funcional (escala de Medida da Independência Funcional / MIF);
- Promover competências na área da intervenção psicoeducativa (questionamento, brainstorming como técnica de resolução de problemas, roleplaying, automonitorização, modelagem, plano de ação, regime de tutoria).

Após a acomodação e acolhimento dos participantes nas instalações da Quinta, foi feita uma avaliação Pré-Campo da funcionalidade dos participantes com recurso à Medida de Independência Funcional (MIF). A Medida de Independência Funcional é uma escala que foi elaborada em 1986 por Granger et al. A MIF é um instrumento de medida quantitativa da capacidade funcional, que avalia a participação do indivíduo no seu autocuidado, controlo dos esfíncteres, mobilidade, locomoção e nas suas funções de comunicação e cognição social (Ring, Feder, Schwartz, & Samuels, 1997, p. 630). O instrumento foi traduzido para Português por Jorge Laíns em 1990 em Coimbra (Laíns, 1990). Segundo Soriano e Baraldi (2010) “esse instrumento foi elaborado para avaliar a capacidade funcional por meio de uma escala de sete níveis, que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência” (p. 524). Segundo os mesmos autores, a classificação das diferentes atividades em termos de independência ou dependência é baseada na necessidade de auxílio, ou não, por parte de outra pessoa. Em caso de necessidade de ajuda, qual a proporção da mesma (Soriano & Baraldi, 2010, p. 524). Esta avaliação deve ocorrer entre as 48 e 72 horas após a admissão, de modo a permitir que o cliente se adapte, e facultar a observação por parte da equipa (Ring, Feder, Schwartz & Samuels, 1997, p. 631). De igual modo, procedeu-se a avaliação do Autoconceito e Autoestima (*Self-perception profile for children and adolescent*) de Susan Harter; da Autoeficácia percebida pela criança/jovem (instrumento construído para avaliar a percepção da eficácia destas crianças e jovens nos domínios da Funcionalidade Independente).

Após as avaliações, deu-se início à implementação do “Programa de Educação para a Autogestão da Incapacidade para Crianças e Jovens Portadores de Spina Bífida/Lesão Medular”. O programa encontrava-se distribuído em 7 sessões (diárias), tendo a formanda

colaborado nas 5 primeiras sessões, realizadas a dois grupos distintos constituídos por 13 raparigas (grupo 1 das 9h30 às 11h) e 17 rapazes (grupo 2 das 11h às 12h30) durante o período da manhã:

- 1ª Sessão “Viver com Spina Bífida” e a Autonomia;
- 2ª Sessão “Úlceras de Pressão – Prevenção e deteção precoce” (alimentação e hidratação/higiene);
- 3ª Sessão “Eliminação Vesical – Autoalgaliação” (Ingestão de água/transferência),
- 4ª Sessão “Eliminação Intestinal – Alimentação e Exercício Físico” (treino intestinal /transferência):
- 5ª Sessão “Mobilização /transferências” (prevenção de úlceras de pressão/exercício físico /push up).

As sessões decorreram sem incidentes, verificando-se grande entusiasmo, demonstrado pela participação ativa através do questionamento, intervenção, participação no *roleplaying* e elaboração dos planos de ação por parte das crianças e jovens.

Durante a permanência no Campo de Treino, a formanda esteve ainda diretamente responsável por 2 crianças com 10 e os 12 anos de idade e de uma jovem com 18 anos, utilizando estratégias motivadoras da criança/jovem para a assumir os seus papéis como responsáveis pela sua saúde. Colaborou, ainda, com os monitores, nas atividades com outras crianças. Partilhou conhecimentos e práticas derivadas da sua experiência académica e profissional. A formanda ficou responsável por estas crianças devido a se encontrarem na idade escolar permitindo o desenvolvimento de competências comunicacionais com a criança nesta faixa etária. Foi benéfico o contacto com estas crianças fora do contexto hospitalar, na medida que permitiu observar os seus comportamentos fora do contexto de internamento. Esta observação permitiu acomodar e compreender alguns conhecimentos adquiridos pela teoria, nomeadamente sobre as dificuldades de aprendizagens destas crianças e o modo com interagem com o outro. A promoção do autocuidado e da independência da criança foi por vezes difícil. Apesar da formanda sempre se esforçar para promover e estimular a independência do cliente, em contexto de contacto frequente torna-se um pouco difícil. Inadvertidamente existe tendência para substituir a criança, ao invés de lhe proporcionar ferramentas para a realização das atividades de modo autónomo. Um desafio interessante deste campo de treino foi a gestão da emocionalidade na criança. Muitas destas crianças

vivem a maior tempo do seu tempo com os pais e não estão habituadas a passar longos períodos na ausência dos mesmos. Como tal, foi necessário gerir as carências e necessidades emocionais das crianças pelas quais estava responsável. Esforcei-me para suprir algumas dessas necessidades e adquirir uma postura de amiga. O reforço positivo foi utilizado frequentemente como fator motivacional visto não gostarem de falhar e de serem criticadas. A escolha das melhores estratégias a adotar foi realizada em conjunto, de modo a sentirem-se envolvidas e desenvolverem o poder de decisão. Além da colaboração no programa do Campo de Férias, a formanda integrou a realização de várias atividades de caráter lúdico e desportivo, com o intuito de promover o exercício físico e estilo de vida saudável nas crianças e jovens. Algumas das atividades desportivas centraram-se em: Piscina/Natação; Tiro com Arco; Ténis em cadeira de rodas; Voleibol em cadeira de rodas; Basquetebol em cadeira de rodas; Golfe em cadeira de rodas e sessões de Aeróbica adaptada. Algumas atividades lúdicas realizadas foram: caça ao tesouro noturno; Jogos de tabuleiro adaptados à Spina Bífida/Lesão Medular; Bingo; Campeonato de *Wii*; *Karaoke* e Passeios na Quinta.

Após o término do Campo de Férias a formanda teve acesso aos resultados relativos às melhorias das crianças com a participação no mesmo, cedidas pela coordenadora do projeto e Enfermeira de referência. Focando-se nas dimensões mais importantes para a persecução dos objetivos da formanda, houve melhorias significativas relativamente à Dimensão Autocuidado (na ordem dos 10,4% em todos os participantes no Campo de Férias e foram submetidos ao programa de educação). Quanto à Dimensão Controlo dos Esfíncteres pôde-se inferir que foi significativamente positiva a evolução de todos os participantes em 4%. De realçar que quanto à Dimensão Cognição Social (interação social, resolução de problemas e capacidade de memorização), verificou-se melhorias de 4,5% e que foram evidenciadas pela diminuição acentuada das solicitações aos monitores no decorrer do campo.

Com a participação no Campo de Treino, a formanda pode observar e testemunhar a importância do mesmo na capacitação e habilitação das crianças e jovens na realização das atividades de vida fundamentais para a conquista da autonomia. Barker, Saulino e Caristo (2002) referem que o adolescente com Spina Bífida pode ter dificuldade em aceitar a sua limitação, assumindo uma postura de negação, “ignorando” as atividades necessárias ligadas às suas necessidades (por ex. as cateterizações intermitentes). E ainda assim, esta negação surge em contextos específicos. Na literatura, a família surge como elemento promotor ou

inibidor da autonomia dos jovens com estas limitações. Soares, Moreira, Monteiro e Pohl (2005) referem “uma (...) dificuldade da família em administrar a doença e o estigma dos filhos sem poupar ou superproteger os jovens. [Assim], o que começa como preocupação e cuidado transforma-se em isolamento e infantilização do adolescente” (p.819). Este aspeto leva, segundo os autores, a ansiedade no jovem, uma vez que não lhe foi permitido vivenciar experiências autónomas que lhe forneçam a segurança suficiente para desenvolver a sua identidade e, consequentemente, a autonomia esperada. Por vezes, a inexistência de espaços físicos e a pouca formação na área, da parte dos cuidadores (quer na escola, quer em casa), também contribui para a infantilização e para a pouca estimulação da sua autonomia (Soares, Moreira, Monteiro & Pohl, 2005). Muitas das crianças presentes no Campo de Treino compreenderam pela primeira vez, o conceito de autonomia. A capacidade do jovem realizar autonomamente as cateterizações vesicais é um marco importante, na afirmação da autonomia. Alguns estudos revelam que esta aquisição é vista como algo negativo por parte dos jovens, uma vez que surge a ansiedade e o medo do abandono por parte dos pais, principalmente pela sua mãe (Soares, Moreira, Monteiro & Pohl, 2006). Este Campo de Treino funciona como agente de mudança, tendo sido importante para a formanda identificar e utilizar na prática algumas estratégias eficazes na promoção do autocuidado e da adesão ao regime terapêutico da criança. Algumas estratégias utilizadas dizem respeito à realização de sessões de educação; visualização de vídeos e imagens relativas às diferentes temáticas abordadas; a utilização de *Ckeck-list's* com as atividades a desenvolver; o estabelecimento de regime de tutoria entre os pares que permite a transmissão de conhecimentos e experiências, estratégias de *coping* para lidar com as limitações. A responsabilização mútua e a negociação com as crianças e jovens é outra das estratégias mais importantes adotadas neste Campo. Outra estratégia muito interessante foi o recurso a *Lay Led's* que serviram de modelo na aprendizagem e de motivação no sentido de um dia haver a possibilidade de eles próprios serem monitores no Campo. De acordo com Griffiths, et al. (2005) os programas de *Lay Led's* ou programas educacionais em grupos de pares têm como objetivo a promoção de conhecimentos no paciente. Esta tipologia de programas está a tornar-se numa parte integrada na gestão de doenças crónicas nos EUA, Austrália e Reino Unido e têm o potencial de superar as barreiras culturais e linguísticas que podem limitar a eficácia de outros programas de educação. Para os mesmos autores, os programas de autogestão baseados no modelo teórico de Bandura de autoeficácia propõem um modelo multifacetado, onde as crenças de um

indivíduo sobre a autoeficácia operam com seus objetivos e expectativas sobre o resultado de suas ações de modo a influenciar o comportamento de autocuidado. A autoeficácia tem-se mostrado um indicador confiável de mudança de comportamento em estudos de autogestão. De um modo geral, o objetivo destes programas é a promoção da saúde, cujo processo passa pela capacitação dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades para se tornarem ativos, controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomar medidas visando o bem-estar. A motivação subjacente ao comportamento de promoção da saúde é o desejo de aumentar o bem-estar e potencializar a saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

A participação neste Campo de Treino permitiu o desenvolvimento das seguintes competências descritas pela OE (2010): *Diagnostica precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde e proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.*

2.2. Unidade de cuidados na comunidade do seixal

O primeiro estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal integrada nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Península de Setúbal II, abrangendo as freguesias de Arrentela, Aldeia de Paio Pires, Fernão Ferro e Seixal, cuja descrição se encontra no Apêndice I. A reconfiguração dos Centros de Saúde (Dec.-lei nº 28/2008) levou à criação dos ACES “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais”. Cada Unidade Funcional “é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais Unidades Funcionais do Centro de Saúde e do ACES” (Dec.-lei nº 28/2008). A UCC funciona de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, Art.º nº 11, contribui para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais

vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Neste contexto, foram traçados objetivos (Apêndice II). No estágio, a formanda procurou envolver-se na promoção da saúde do cliente pediátrico em idade escolar, no âmbito do programa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal.

Para compreender a dinâmica funcional e organizacional da equipa de enfermagem a formanda reuniu com o Enfermeiro Chefe e com a Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, de modo a partilhar a área de intervenção do seu projeto, respetivos objetivos e necessidades identificadas sobre as quais poderia intervir. Foram ainda consultados manuais, protocolos e normas da UCC.

A UCC do Seixal tem como pressupostos:

- Acreditar na filosofia de trabalho subjacente aos princípios orientadores para a constituição das UCC;
- O referencial de trabalho comunitário dos Centros de Saúde do Concelho do Seixal;
- As sinergias criadas pelo trabalho em parceria, destacando-se o projeto Seixal Saudável e a Rede Social do Seixal;
- O banco de recursos do Concelho do Seixal, com respostas para minimizar a exclusão social, e responder às necessidades da população ao longo do ciclo de vida;
- O apoio do ACES, na auto-organização e criatividade dos profissionais em prol da constituição das UCC.

A UCC do Seixal assegura as suas funções através do cumprimento do Plano de Ação compreendido em duas partes complementares: o diagnóstico da situação desta comunidade, tendo como referência o Plano Nacional de Saúde assim como os Objetivos do ACES e a estruturação dos projetos a desenvolver, respetivas atividades, parcerias envolvidas e resultados esperados.

Durante este período de formação, ao integrar-me na equipa, identifiquei a situação de uma criança em idade pré-escolar, com 5 anos de idade, a J., com antecedentes pessoais de Spina

Bifida e que tinha como regime terapêutico a realização de esvaziamentos vesicais 3 vezes por dia. A equipa tinha conhecimento que na escola havia algumas dificuldades na implementação desta técnica, por parte dos profissionais, e no desconhecimento de algumas alterações inerentes a esta patologia. Por isso, foi proposto à formanda a realização de uma sessão de formação na Escola Básica do 1º Ciclo com jardim de infância da Quinta dos Franceses relativamente a esta temática. Esta intervenção da formanda fica inserida no Projeto de formação Formar para Cuidar, que tem como finalidade contribuir para desenvolvimento e aquisição de novas competências, por parte dos profissionais de instituições comunitárias que cuidam de crianças/jovens e idosos na área do Seixal. Pretende proporcionar formação aos cuidadores acerca das características físicas e psicológicas, para melhor lidarem com as dificuldades e adequar os cuidados a cada indivíduo em particular. Esta intervenção no contexto escolar fica de igual modo abrangida pelo Projeto integrado de intervenção Precoce do Seixal, dirigido a famílias com crianças até à idade escolar em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência ou necessidades educativas especiais. De acordo com o Decreto-Lei n.º 281/2009, “a intervenção precoce junto de crianças com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento, constitui um instrumento político do maior alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças”. A Intervenção Precoce na Infância define-se como: “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Artº3, Decreto-Lei n.º 281/2009,). Tem como objetivos a prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a crianças e famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento, apoiar as famílias no acesso a serviços e envolver a comunidade (Art.º 4,Decreto-Lei n.º 281/2009,). Do ponto de vista educativo, Escola Inclusiva é aquela onde todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das deficiências, dificuldades, diferenças ou necessidades específicas que apresentem. Segundo o Decreto-Lei nº 93/2009, compete às instituições, identificar as dificuldades existentes e adotar as medidas necessárias para garantir essa igualdade de oportunidades, promovendo a sua integração e participação na sociedade, e maior justiça social. Para o diagnóstico de situação e das necessidades de formação procedeu-se ao contacto com a referida instituição, através da educadora da sala da J. Após a identificação das necessidades formativas, a formanda planeou um programa de intervenção, cujo plano de sessão encontra-

se no Apêndice III através de 2 sessões de educação para a saúde intituladas: - A criança com *Spina Bífida* - necessidades especiais (Apêndice IV) juntamente com a enfermeira de referência e a educadora. A sessão foi realizada para professores e auxiliares de ação educativa da referida escola. Para que a formação correspondesse às expectativas dos formandos, articulou-se com o Hospital Garcia de Horta, para a recolha de informações relativas ao estado de saúde da J., de modo a completar a colheita de dados. Esta sessão foi baseada nas necessidades e repercussões mais importantes derivadas da patologia de base, com maior enfoque na CIC (Clean intermittent catheterization), necessidades de autocuidado bem como alterações a nível psicossocial. Aquando da realização da primeira sessão, constatou-se que seria importante a inclusão da mãe da J. pois de acordo com a DGS no Programa-tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005, p.7) “os cuidados promotores da saúde e de prevenção da doença visam a valorização dos cuidados antecipatórios, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental”. Esteve ainda presente a Responsável de Caso da Equipa de Local de Intervenção (fisioterapeuta), estando estas presentes na segunda sessão. A importância da sua presença prendeu-se com dúvidas que surgiram durante a primeira sessão relacionadas com aspetos da mobilidade. Para a manutenção da continuidade dos cuidados prestados a J. e promover um espaço de partilha de dúvidas e experiências entre os vários elementos presentes, facilitando a reformulação do plano de intervenção para a J. após as sessões procedeu-se à avaliação das mesmas (Apêndice V) e à entrega de folheto sobre a CIC (Apêndice VI).

Durante este estágio foi ainda solicitada a colaboração na elaboração de um procedimento sectorial sobre a CIC (Apêndice VII), para apoiar a equipa de enfermagem em futuras intervenções relacionadas com a temática e uma sessão de educação para a saúde para a Equipa de Multideficiência, subjacente à sexualidade.

A formanda durante este ensino clínico colaborou, ainda, a nível dos seguintes programas:

1. Saúde Escolar, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis na população em idade escolar cujo trabalho se desenvolve prioritariamente em equipa na escola, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados. As estratégias do

Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

2. Saúde Mental na Infância e Adolescência, dirigido a crianças e jovens até 16 anos de idade, com problemáticas do foro da saúde mental. Colaboração na identificação, encaminhamento e acompanhamento de crianças e jovens com perturbações psiquiátricas, promovendo a saúde mental na infância e na adolescência. Enquadrado no Plano Nacional de Saúde Mental e com base na resolução do Conselho de Ministros Nº 49/2008, onde se realça a equidade e qualidade dos cuidados de saúde mental, sistematizando-se a articulação e colaboração entre o ACES e a Unidade de Pedopsiquiatria do HGO, através do Protocolo de Articulação entre a Unidade de Pedopsiquiatria e os Cuidados de Saúde Primários.

3. Programa de Intervenção Integrada na Área da Criança/jovem com necessidades especiais. Perante cada situação de criança ou jovem com problemas de saúde física ou mental passíveis de comprometer as suas aprendizagens, compete-lhe a discussão de Caso e elaborar um plano de acompanhamento, mobilizando os recursos necessários, existentes entre as várias estruturas envolvidas para apoiar a sua inclusão escolar dando respostas às necessidades especiais de cada criança/jovem.

4. Programa Saúde sobre Rodas – “Bairro da Cucena” - Projeto de Intervenção Comunitária de continuidade, desenvolvido em parceria e com recurso a uma unidade móvel. Visa a Promoção da Saúde da população residente no referido Bairro ao longo do ciclo de vida. Dirige-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde e pelas estruturas da comunidade, sendo as mulheres, crianças e jovens o grupo-alvo prioritário deste projeto. A população deste bairro caracteriza-se pela sua multiculturalidade, com predomínio das culturas cigana e africana. Semanalmente a equipa de intervenção desloca-se ao bairro com recurso à unidade móvel, em horário pré-definido. Neste projeto, as intervenções da formanda focaram-se na promoção da adesão ao Programa de Vigilância de Saúde Infantil, de acordo com o preconizado pelo Programa-Tipo de Atuação de Vigilância Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) através de consultas calendarizadas para “idades-chave”, da valorização dos cuidados antecipatórios, da prevenção da doença, da deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança.

5. A formanda esteve presente no 2º Aniversário da UCC Seixal, no encontro sobre a “preparação para a parentalidade – novas competências na família” que decorreu no dia 31 de outubro de 2012.

As atividades desenvolvidas durante este ensino clínico permitiram à formanda o a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências: *assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* – ao ter sido capaz de planear, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da capacidade de gestão do regime terapêutico. A formanda atuou em *conformidade para a promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, utilizando estratégias ajustadas ao seu estágio de desenvolvimento, recorrendo a estratégias motivadoras da criança e jovem. Implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade; Promove o crescimento e desenvolvimento infantil; e também comunica com os pais e profissionais de forma apropriada tendo em conta as crenças e cultura de cada um.* Interveio a nível da comunidade e de instituições contribuindo para o desenvolvimento e aquisição de novas competências, por parte dos profissionais de instituições comunitárias que cuidam de crianças/jovens, facilitando a integração escolar de crianças com Necessidades Especiais. *Baseia a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento e – Geriu os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional* - a formanda assentou a sua intervenção em padrões de conhecimento pertinentes, atualizados e válidos, recorrendo a pesquisa frequente. A formanda atuou de modo ativo na aquisição de novos conhecimentos, avaliando as necessidades formativas e procedendo a avaliação do impacto das formações. Procurou ainda articular com os recursos disponíveis na comunidade.

2.3. Consulta Externa de Neurologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

O presente estágio decorreu no período compreendido entre os dias 12 e 30 de novembro de 2012. Após observação do funcionamento da respetiva consulta foram delineados para este local de estágio os objetivos que se encontram no Apêndice VIII.

A escolha deste campo de estágio partiu do conhecimento prévio de algumas atividades desenvolvidas nesta consulta, que poderiam trazer subsídios vantajosos para o desenvolvimento do projeto de intervenção na unidade de ORL/Urologia do HDE. De modo a atingir os objetivos propostos, a formanda realizou reuniões formais com a Enfermeira de Referência e a Enfermeira Chefe.

Este estágio incidiu principalmente nas consultas de Incontinência Urinária e do Núcleo de Spina Bífida. O Núcleo de *Spina Bífida* existe no hospital há mais de 25 anos, e estruturalmente é composto por uma equipa multidisciplinar, na qual fazem parte: enfermeira, neurologista, neurocirurgião, fisiatra, ortopedista, urologista, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais, assistentes administrativos e apoio de assistente social. Em ambas as consultas, a formanda constatou através da observação da intervenção dos enfermeiros, um elevado conhecimento técnico e teórico e as inúmeras competências que possuem nesta área, que permitem a fluidez, estruturação e flexibilidade das sessões e consultas. Durante o estágio a formanda foi bem recebida por toda a equipa, o que proporcionou a oportunidade de assistir e colaborar nas diferentes consultas, permitindo uma melhor compreensão da articulação, dinâmica e do papel desta equipa multidisciplinar na intervenção às crianças e jovens com patologia do foro neurológico, e, consequentemente, da patologia do foro urológico. No que concerne às consultas de Incontinência Urinária e do Núcleo de *SpinaBífida*, as funções da equipa de enfermagem têm como objetivo proporcionar à criança e à sua família um atendimento diferenciado, personalizado e humanizado. De modo a alcançar esse objetivo major, existe a preocupação em identificar da perspetiva de enfermagem as suas necessidades e cuidados de através da avaliação global da criança e família, para auxiliar na resolução dos problemas (reais ou potenciais) identificados. Procura-se promover a adaptação da criança à doença incentivando o autocuidado, dotando-as de capacidades e competências para lidarem com as suas limitações, superarem as suas dificuldades obtendo ganhos em saúde. A ênfase no autocuidado é uma abordagem que permite ajudar a manter a integridade estrutural e o desenvolvimento do ser humano. Do

ponto de vista da enfermagem, o termo autocuidado surgiu através da reflexão de Dorothea Orem acerca do modo como os indivíduos necessitam do auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma (Andrade, 2012). Com a observação e colaboração nas várias consultas de enfermagem, a formanda conseguiu apreender a intencionalidade na constituição da existência de médico e enfermeiro de referência, de modo a proporcionar um melhor relacionamento, relação de ajuda e confiança, o que permite um maior sucesso na concretização dos objetivos terapêuticos e na abordagem sistemática da criança e família. Durante a realização e colaboração nas consultas de enfermagem a formanda focou-se mais nas consultas de crianças em idade escolar de modo a desenvolver competências na comunicação com a criança desta faixa etária e família, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento. A comunicação com a criança em idade escolar envolve conversar e explicar os procedimentos, recorrendo a uma linguagem adequada; valorizar as suas ideias, emoções, sentimentos, interpretações e suas experiências de saúde-doença. O enfermeiro deve proporcionar aprendizagem ativa devido ao seu interesse pelo aspeto funcional dos procedimentos, objetos e atividades.

Alguns dos principais objetivos delineados pela formanda e que influenciaram a escolha deste campo de estágio foram identificar estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar relativamente à adesão ao regime terapêutico e aprofundar de conhecimentos relativamente à adesão ao regime terapêutico da criança. Para auxiliar à persecução desses objetivos aplicou-se uma grelha de observação elaborada pela formanda (Apêndice IX) e realizou uma entrevista formal semiestruturada realizada à enfermeira de referência (Apêndice X), que coadjuvaram na identificação de alguns fatores de não-adesão ao tratamento; as estratégias promotoras de adesão mais utilizadas pela mesma durante a sua prestação de cuidados; as necessidades de apoio mais sentidas por parte das crianças e familiares; a faixa etária onde a não-adesão é mais prevalente e o modo como se processa a avaliação da adesão ao regime terapêutico, caso seja realizado. A realização desta entrevista considerou e respeitou os principais princípios éticos referentes a estes procedimentos. Procedeu-se à explicação do trabalho em desenvolvimento, bem como do pedido de consentimento informado para a colaboração na mesma. Os principais fatores de não-adesão ao regime terapêutico identificados com este estágio foram: a complexidade do tratamento instituído, implicando alterações na realização das atividades de vida diárias, nomeadamente a nível dos hábitos de eliminação, referindo desconforto e vergonha; a falta de conhecimentos

sobre a doença, o tratamento (nomeadamente relativamente a técnica das CIC) e as implicações do seu não-cumprimento. Em algumas situações foi detetado falta de apoio familiar, existindo um excesso de responsabilização na criança e de desresponsabilização parental – papel parental comprometido; foi ainda detetado de modo significativo algumas dificuldades do ponto de vista económico, nomeadamente a nível da aquisição das sondas para a realização das cateterizações por cortes nas ajudas técnicas. As crenças e perceções individuais de saúde foram de igual modo identificadas através da não-aceitação da gravidade da doença ou expectativas de autocontrolo da doença erróneas. As estratégias promotoras da adesão identificadas assentam na transmissão de informação através de intervenções educacionais, nas quais se destacam, sessões de educação para a saúde que incidem principalmente em aspetos relacionados com ensino da patologia e das suas implicações na realização das atividades de vida diária; ensino ou reforço do ensino da técnica das CIC's de modo mais adaptado às capacidades motoras de cada criança; informação sobre os benefícios da adesão ao regime terapêutico e simplificação do regime terapêutico adaptando aos hábitos de vida de cada criança e com envolvimento da criança e família. Em caso de necessidade também se procede à referenciação da criança e família a outro profissional de acordo com as necessidades. O estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e seus familiares é identificado pelos profissionais como importante para aumentar os níveis de adesão. Os fatores e estratégias identificadas e enunciadas anteriormente vão de encontro com aos fatores de não-adesão e às estratégias de intervenção descritas por vários autores, como a WHO (2003), Osterberg e Blaschk (2005) ou Bugalho e Carneiro (2004). A avaliação da adesão é baseada nos relatos dos pacientes e dos familiares, não se recorrendo a nenhum instrumento para o efeito.

Decorrente dos diálogos entre a formanda, a Enf.^a de referência e a Enf.^a Chefe surgiu a oportunidade de colaborar na melhoria dos registos de enfermagem na consulta de Neurologia. Foi proposto a realização de um padrão documental (Apêndice XI) após a identificação e análise dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes na realidade da consulta. Esta proposta surge da necessidade de padronizar e registar os cuidados de enfermagem realizados na consulta de neurologia, mais concretamente a nível das consultas do Núcleo de *Spina Bifida* e de Incontinência Urinária, com maior enfoque na temática da Adesão ao Regime Terapêutico da criança com patologia do foro Neuro-urológico. O documento baseia-se na linguagem CIPE ®, versão beta 2, incorporado no

programa informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). A realização deste padrão documental intitulado de - **A criança com patologia do foro neuro-urológico Diagnósticos CIPE®**, colmata uma necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descrever os diagnósticos e intervenções de Enfermagem apropriadas para uma área particular de cuidados. O objetivo deste padrão documental é o desenvolvimento de dados consistentes que descrevam o trabalho de Enfermagem realizado nas consultas do Núcleo de *Spina Bifida* e de Incontinência Urinária, não substituindo o juízo de Enfermagem, funcionando como guia orientador da consulta de enfermagem. A tomada de decisão do enfermeiro será sempre essencial à prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respetivas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Aquando a realização deste estágio, a consulta encontrava-se numa fase inicial de adaptação para o programa informático SAPE, principalmente à linguagem CIPE®, motivo pelo qual a foi requerida a colaboração da formanda. Houve a necessidade de em conjunto explorar o programa e definir algumas das intervenções mais direcionadas às consultas, no sentido de uniformizar os registos. Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, nas quais as pessoas confiam no contínuo de cuidados, encontram-se numa posição vantajosa para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão (Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], (2009); Robyn, Crisp e Steinbeck, (2003)). O desenvolvimento desta atividade permitiu que a formanda aprofundasse conhecimentos sobre a CIPE®, SAPE e SIE, e contribuiu para a sensibilização da equipa de enfermagem, relativamente à importância da adesão ao regime terapêutico, promovendo o adequado levantamento dos diagnósticos, proporcionando assim a individualização e melhoria da qualidade de cuidados prestados.

A passagem por este campo de estágio permitiu que a formanda atingisse os objetivos delineados através da realização das atividades planeadas. Com o desenvolvimento destas atividades foi possível adquirir as seguintes competências: *assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde*- por ter comunicado com a criança e família de acordo com a idade e o seu grau de desenvolvimento, geriu em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção da criança, proporcionou conhecimento e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais à criança e jovem, facilitando e utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para assumir os seus papéis em saúde; *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e*

promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais- a formanda demonstrou exercício profissional ético respeitando os direitos humanos.

2.4. O Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Este estágio decorreu na Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo no período compreendido entre 4 de dezembro de 2012 e 6 de janeiro de 2013. A Unidade de Urgência Pediátrica integrada na Área Pediátrica. Esta unidade funciona desde outubro de 2001 num espaço físico próprio e com uma Equipa Multidisciplinar distinta da Urgência Geral, estando a sua caracterização disponível no Apêndice XII. Para este estágio foram traçados seis objetivos específicos (Apêndice XIII). Durante este período, a mestranda teve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem nas diferentes áreas do Serviço de Urgência (SU), nomeadamente a Triagem, Sala de procedimentos de enfermagem e sala de observação (SO). Durante o estágio a área de intervenção da formanda esteve relacionada com os seguintes focos de enfermagem: limpeza das vias aéreas e respiração; aspiração; vigilância da temperatura corporal; vigilância da nutrição; ingestão de líquidos; edema; vigilância da pele; atividade motora; dor; desenvolvimento infantil; cognição; trauma; emoções; adesão ao regime terapêutico; papel parental; comunicação, relacionados com as principais situações de doença verificadas no SU experienciadas, tais como situações de: hipertermia, convulsões, vómitos, dificuldades respiratórias e isolamento da criança / jovem em caso de doença infeto – contagiosa.

A atuação da equipa de enfermagem divide-se por vários postos de trabalho cujo método de distribuição de trabalho é o individual. Na Triagem é realizada uma avaliação geral da criança, incidindo no motivo de recorrência ao SU, estabelecendo-se a prioridade para o atendimento médico – assegura-se o tratamento imediato para as situações de emergência. A Triagem consiste num processo de avaliação clínica preliminar que classifica os utentes em função da sua urgência / gravidade, e não a sua severidade, antes da avaliação, diagnóstico e terapêutica completa no SU. Esta triagem não tem como objetivo a determinação de um diagnóstico. Nesta unidade é utilizado um sistema de Triagem inovador, denominado Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU). É considerado inovador por se tratar de um sistema de triagem adaptado à pediatria e criado em parceria pelos profissionais da instituição. Este é um programa informático desenvolvido internamente pelo Serviço de

Sistemas de Informação (SSI), com o apoio de diversos profissionais de saúde do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Através deste sistema procede-se à triagem das crianças que se dirigem à instituição, baseada na linguagem CIPE, com o estabelecimento de prioridades, baseado num sistema de cores (verde, amarelo, laranja e vermelho). A triagem é realizada pelo enfermeiro, de preferência, o mais experiente presente no turno. Na fase inicial a formanda observou a realização da triagem pela enfermeira de referência e, gradualmente, assumiu, sob supervisão, a realização da mesma. Utilizou como fonte de informação os pais ou cuidadores, bem como a própria criança e jovem, valorizando as suas queixas em função da sua idade e antecedentes, desenvolvendo um olhar atento a todos os sinais e sintomas, além de uma escuta ativa pautada pela exigência da execução de um encaminhamento rápido e eficaz. A formanda teve sempre presente que o processo de triagem termina após a observação pelo clínico, assim, procurou sempre que necessário, reavaliar as situações que assim o exigiam, de forma a estabelecer novas prioridades. Durante a realização da triagem, a formanda constatou elevado número de situações não urgentes nas quais os pais ou cuidadores recorreram ao SU. Situações que poderiam ser atendidas a nível dos cuidados de saúde primários da área de residência. Durante a exploração do motivo da não adesão aos cuidados de saúde primários, a formanda constatou que a grande maioria dos pais e cuidadores acusavam falta de confiança na sua eficácia, o que implica repercussões a nível da sobrecarga de trabalho no SU, bem como maior tempo de espera e comprometimento da qualidade dos cuidados prestados, o que revela necessidade de desmitificar alguns destes receios, apesar do trabalho realizado a este nível. A formanda procurou proceder à orientação dos pais sobre a questão da utilização correta dos cuidados diferenciados. Foi também no momento da triagem que se proporcionou a realização de ensinamentos oportunos tendo abordado temáticas relacionadas com febre, amamentação, cólicas, dor, alimentação, entre outros. A formanda pôde, ainda, constatar que a atitude, comportamento, de modo de exprimir e expor a informação no momento da triagem, são fundamentais para a transmissão de confiança aos pais e diminuir a ansiedade. A passagem por esta área do SU permitiu à formanda a aquisição de competências comunicacionais e relacionais; de empatia e compreensão; de gestão de *stress* conflitos que surgem quer pela situação clínica da criança quer pelo inevitável tempo de espera; de estabelecimento de prioridades e gestão de cuidados, algo que sempre teve em atenção nos diferentes contextos, mas, que em contexto de urgência, torna-se mais evidente.

Durante o estágio no SUP a formanda teve oportunidade de conhecer a articulação com outros serviços da instituição devido à necessidade de observação por diversas especialidades que se encontram dispersas pelo Hospital. A ida à urgência pode resultar em internamento no serviço de Pediatria ou na Neonatologia, ou em caso de ser necessária intervenção cirúrgica, ser transferida para outra unidade hospitalar por não haver Cirurgia Pediátrica no Centro Hospitalar. Nestas situações a formanda colaborou na realização das respetivas cartas de transferência, bem como no contacto com as respetivas unidades de internamento. A formanda procurou esclarecer as dúvidas dos familiares ou cuidadores relativamente à situação clínica da criança, focando-se sempre que possível nas suas necessidades emocionais. Aquando a alta do SU, a formanda incentivou os cuidadores a recorrerem ao centro de saúde da sua área de residência de forma a manter a continuidade de cuidados, após a realização dos respetivos ensinamentos.

Na Sala de procedimentos de enfermagem predominou a realização de intervenções de acordo com as necessidades de cada situação. A formanda realizou as mais variadas técnicas que, embora comuns na sua prática profissional, implicaram uma adaptação e a adoção de estratégias alternativas para o sucesso das mesmas devido ao contexto ser diferente.

Na Sala de Observação (SO) permanecem as crianças que necessitam estabilizar ou resolver a sua situação clínica, num período máximo de 24 horas. Findo este período têm alta ou são transferidas para o Serviço de Pediatria ou Neonatologia. As situações mais frequentes relacionam-se com dificuldades respiratórias moderadas/graves, desequilíbrios hidro-eletrolíticos, situações inaugurais ou de descompensação de Diabetes e vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico. A nível do SO a formanda além da vigilância do estado geral da criança, deu especial atenção à promoção do papel parental; incentivou a permanência de uma familiar ou pessoa significativa da criança; dialogou com os pais, recorrendo à escuta ativa de modo a permitir a expressão dos seus medos e anseios. Durante o processo de admissão da criança/família no SO a formanda adotou uma postura empática e permitiu a expressão de sentimentos, o esclarecimento de dúvidas de modo a reduzir o impacto da admissão e o autocuidado. A postura adotada pelo enfermeiro neste momento pode determinar a perceção dos pais acerca dos cuidados prestados, contribuindo para aumentar ou reduzir a sua ansiedade. A comunicação é a base de toda e qualquer relação interpessoal. Para Phaneuf (2005), a comunicação é “um processo de criação e recriação de

informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (p.23). Segundo Hockenberry (2006), o desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o profissional de Enfermagem em todas as suas áreas de atuação. Na relação com o seu cliente, o EESIP deve ter uma comunicação eficaz e um relacionamento assertivo. Para que isto aconteça, o enfermeiro deve saber escutar, ser flexível e ter abertura para aceitar o outro como é, com os seus valores, as suas recriminações, o seu carácter e a sua labilidade emocional, muitas vezes causadas pela dor e ansiedade (Phaneuf, 2005). A competência comunicacional não é uma habilidade inata, mas pode ser desenvolvida com treino e prática. A comunicação eficaz implica alcançar os objetivos da pessoa, de modo ideal, para que mantenha ou melhore o relacionamento em que ocorre (Santos & Pessoa, 2009). Deste modo, o enfermeiro necessita de estar atento aos diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal), aos fatores que a podem influenciar e ter a capacidade de saber ouvir e escutar. Tendo em conta que comportamento que é competente num relacionamento não é necessariamente eficaz noutras situações, é fundamental escolher o comportamento mais adequado para cada situação em causa (Adler, 2002 citado por Santos & Pessoa, 2009). Em contexto de urgência, a comunicação ganha uma dimensão maior devido aos níveis de *stress* aumentados e o enfermeiro deve estar desperto a todos estes aspetos de modo a comunicar eficazmente. Uma das tarefas do profissional de saúde é descodificar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para a partir daí estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades (Santos & Pessoa, 2009).

Relativamente à perda de controlo procedeu à identificação dos objetos significativos da criança, incentivou a personalização da unidade da criança com os mesmos e participação da criança e jovem no seu cuidado. A formanda formalizou o processo de enfermagem de acordo com o padrão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) instituído na área pediátrica. Verifica-se especial atenção, por parte da equipa de enfermagem, à avaliação da dor, em todas as crianças e jovens internados, aplicando-se estratégias farmacológicas e não farmacológicas de acordo com cada situação. A formanda valorizou o envolvimento dos pais na gestão da dor da criança e jovem, pois segundo Batalha (2010), “pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção. Por outro lado, a presença dos pais pode aumentar as expressões da dor da criança por se sentirem mais apoiadas.” (p.21).

Este estágio permitiu a obtenção de várias competências do EESIP como descritas pela OE (2010), tais como: *Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;- Baseia a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento; diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; Reconhece situações de instabilidade de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.*

2.5 A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Francisco Xavier

Este estágio teve lugar no Hospital São Francisco Xavier e decorreu entre dos dias 7 e 27 de janeiro de 2013. Para este local foram delineados 7 objetivos, que se encontram no Apêndice XIV. A descrição do espaço físico encontra-se no Apêndice XV. Este local de estágio permitiu à formanda contactar com uma realidade diferente, vivenciar novas situações e o contacto com algumas práticas e metodologias de trabalho diferentes, proporcionando-me novas experiências e aprendizagens.

Segundo Hockenberry (2011) a Unidade de Neonatologia é uma unidade de referência para o acompanhamento de recém-nascidos que apresentam um risco acrescido de morbilidade ou mortalidade devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina. Como refere Freitas et. al (2004), “estes RN requerem cuidados especiais que devem ser cuidadosamente planeados e executados no sentido de manter a estabilidade geral, apesar da insuficiente maturidade de várias funções vitais, como os balanços hídrico, térmico, respiratório e hemodinâmico”(p.17). A organização e planeamento dos cuidados da formanda foi baseada e realizada com recurso à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Com este recurso a formanda procedeu à identificação de problemas, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, procedendo aos seus registos. O motivo de internamento mais predominante na unidade foi a prematuridade, correspondendo aos recém-nascidos que assisti

com mais frequência neste contexto. Durante este estágio os principais focos de atenção da formanda relativamente a cuidados de enfermagem relacionaram-se com: limpeza das vias aéreas; controlo da temperatura corporal; apoio e promoção das competências parentais; promoção da autonomia alimentar e vigilância das capacidades do bebé para se alimentar; cuidados à pele e vigilância da mesma; sono; desenvolvimento físico; avaliação e controlo da Dor; adaptação; comunicação; promoção da vinculação e da amamentação; ambiente.

O método de trabalho utilizado é o individual, existindo a preocupação de manter o mesmo enfermeiro para a prestação de cuidados ao RN e família durante o maior período de tempo possível. Procura-se sempre programar, executar e avaliar as atividades de modo a cuidar de cada RN e família de forma eficaz e personalizada, proporcionando o envolvimento dos pais e o estabelecimento de laços de confiança. Neste sentido, pretende-se estimular a participação dos pais nos cuidados ao bebé e promover a vinculação. Para a consecução desse objetivo existe um esforço em englobar os pais ou a pessoa significativa na dinâmica dos cuidados, capacitando-os de modo a serem capazes de os prestar adequada e autonomamente, promovendo o crescimento e desenvolvimento do RN. Este envolvimento parental é possível devido aos cuidados de enfermagem prestados nesta unidade serem centrados na família, em que o alvo dos cuidados é reconhecido como o sendo o binómio recém-nascido/família, e na medida em que os pais são considerados parceiros no cuidar e não visitantes. O comprometimento no *empowerment* parental é evidente nesta unidade. Para Hockenberry et al. (2011) o *empowerment* é considerado como um processo de reconhecimento, promoção e desenvolvimento de competências para cuidarem dos seus filhos. A Ordem dos Enfermeiros (2010) preconiza que o enfermeiro deve “promover a capacitação do prestador direto de cuidados para comportamento associados à maximização do potencial de desenvolvimento infantil, atendendo ao seu ambiente natural, apoiando e estimulando a função parental” (p. 98). A preocupação pelo papel parental e desenvolvimento infantil está bem patente na prática de cuidados desta Unidade, sendo aspetos importantes no planeamento dos cuidados de enfermagem. De modo a proteger o RN de estímulos excessivos, com efeito potencialmente negativo para o seu desenvolvimento, a equipa adota alguns princípios na sua prática de cuidados. A manipulação suave, com o objetivo de minimizar comportamentos desorganizados e promover o bem-estar; coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado com a adoção de técnicas de contenção; oportunidade para

contacto pele -a pele através do Método Canguru; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Santos, 2011), são aspetos promotores do desenvolvimento da criança, que surgem da integração da abordagem do Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) na UCIN. Este programa foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno. Esta filosofia tem como objetivo a “redução de complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde” (Santos, 2011, p. 26), integrando os pais, como atores indispensáveis na relação com o RN.

A formanda delineou como objetivo específico para este contexto, desenvolver competências a nível da prestação de cuidados centrados na família da criança internada na UCIN. De modo a desenvolver competências nesta área a formanda procedeu a revisão da literatura relacionada com as filosofias de Parceria de Cuidados e Cuidados Centrados na Família. A formanda recorreu de igual modo a momentos reflexivos estabelecidos entre a formanda, enfermeiro de referência e restante equipa, de modo a identificar as principais dificuldades sentidas na interação com as famílias e na aplicação destas filosofias à realidade na prática de cuidados. Envolveu a família na prestação de cuidados à criança e aprofundou conhecimentos na área do NIDCAP, visto a Enfermeira Chefe da Unidade ser uma Perita sobre a temática, existir muita bibliografia na unidade e muitas das práticas de cuidados nesta unidade serem baseadas nesta filosofia.

Outra área de atenção da formanda durante o estágio foi a avaliação e o alívio da dor no recém-nascido (pré-termo e de termo) cujas áreas de interesse centraram-se na fisiologia, manifestações e alívio da dor no recém-nascido devido ao facto deste ser incapaz de verbalizar a sua dor. Esta incapacidade leva à necessidade de recorrer a instrumentos comportamentais e fisiológicos para a avaliação da dor. Segundo a CIPE (2011) a dor é “o aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (p.50). Durante o período de estágio a formanda teve a oportunidade de conhecer e aplicar a escala de Échelle de la Douleur et de l’Inconfort du Nouveau-né (EDIN) – uma escala de avaliação

comportamental utilizada durante o 1º mês de vida. A formanda procedeu à monitorização e registo da dor em SOS ou pelo menos uma vez por turno. De acordo com o resultado implementou medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, uma vez que “o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17). A equipa está sensibilizada para o uso de medidas como a sucção não nutritiva e administração de soluções como a sacarose 24% como medidas não farmacológicas para alívio da dor.

Algumas das estratégias utilizadas com o objetivo de promover a vinculação e o *empowerment* parental foram: a estimulação dos pais a sorrir e falar com o bebé, a tocar no RN e a posicionarem-se face a face de modo a observa-lo e a conhecê-lo melhor, a aninhá-lo perto do corpo através do Método Canguru; estimulação da permanência dos pais junto dos filhos e o incentivo à sua gradual participação nos cuidados ao RN. Incentivou o aleitamento materno, observou e avaliou a mamada; colaborou e efetuou ensinamentos aos pais sobre a amamentação e estimulação da lactação. A formanda procedeu ainda à realização de ensinamentos relacionados com as seguintes temáticas: Prevenir o Síndrome de Morte Súbita do Lactente – o Sono do RN; Prevenção de Acidentes Rodoviários e no Domicílio; Cuidados de Higiene ao Bebé, Como Posicionar e Manipular o RN. De realçar que estes ensinamentos foram posteriormente reforçados com a entrega de folhetos informativos sobre as temáticas, elaborados pelos diferentes grupos de trabalho existentes na Unidade.

Concluído este estágio, referente à Neonatologia, realço o desenvolvimento das seguintes competências do EESIP de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010): *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade; Promove a vinculação de forma sistemática no caso do RN doente ou com necessidades especiais; Implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor, (neste caso da parentalidade);*

Promove o crescimento e desenvolvimento infantil; e também comunica com os pais e profissionais de forma apropriada tendo em conta as crenças e cultura de cada um. Demonstra ainda capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas e desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao RN.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A formanda propôs-se a Desenvolver um Programa de Intervenção Formativo a nível da equipa de Enfermagem da Unidade de ORL/Urologia relativo à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico. Este programa de Intervenção tem como referenciais teóricos o Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado e a filosofia de Cuidados Centrados na Família de modo a capacitar a equipa de enfermagem na promoção da habilitação, manutenção da funcionalidade e autonomia da criança em idade escolar com patologia do foro urológico e respetiva família. Tem de igual modo como objetivo limitar as complicações, severidade e progressão da doença. A visão deste projeto está relacionada com os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores de não-adesão ao regime terapêutico da criança e família em idade escolar com patologia do foro urológico.
- Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de ORL/Urologia do Hospital de Dona Estefânia para a problemática da adesão ao Regime Terapêutico na criança e família em idade escolar com patologia do foro urológico.
- Dinamizar a equipa de enfermagem da Unidade de ORL/Urologia para as especificidades da patologia urológica
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade de ORL/Urologia
- Promover a saúde, vida e o bem-estar da criança e família com patologia do foro urológico, recuperação da doença e adaptação às suas consequências
- Intervir junto da criança e família em idade escolar com patologia do foro urológico tendo em conta as estratégias promotoras da adesão;

A definição destes objetivos teve como propósito a identificação dos conceitos do modelo teórico escolhido e sua aplicabilidade na prática.

A equipa de enfermagem da Unidade de Orl/Urologia é constituída por treze enfermeiras que exercem a sua atividade em regime de horário por *roulement*. Na unidade em foco, os enfermeiros reconhecem que a díade criança/família é o foco central dos cuidados, sendo a sua prática caracterizada por ser realizada de modo individual. Existe consideração pela perspetiva da pessoa e promoção de um ambiente benéfico e acolhedor através do relacionamento interpessoal. Tendo por base a problemática major da adesão ao regime terapêutico na criança a formanda aplicou um questionário de perguntas abertas (Apêndice XVI) com os seguintes objetivos:

- Identificar as conceções dos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol acerca do conceito de Adesão ao Regime Terapêutico,
- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da Unidade relativamente aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico;
- Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros promotores da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, teve-se em conta questões do foro ético, de modo a garantir a participação voluntária e esclarecida dos indivíduos. Neste sentido, foi solicitada autorização, por escrito, para a aplicação do questionário ao Conselho de Administração apresentando, sumariamente, os objetivos da investigação e requerendo autorização para efetuar a entrevista aos profissionais de enfermagem da Unidade, através do contacto com a enfermeira chefe do serviço em causa e, mais uma vez, foram referidos o tema e os objetivos da investigação. Durante o processo foram respeitados os princípios éticos beneficência e o princípio do respeito pela dignidade humana (Polit, Beck e Hungler, 2004). A formanda escolheu como instrumento de colheita de dados o questionário, por este ser útil na recolha de informação sobre um determinado tema. Deste modo, através da aplicação de um questionário a um público-alvo constituído, é possível recolher informações que permitam conhecer melhor as suas lacunas, podendo, deste modo, individualizar o ensino quando necessário. De realçar que o principal intuito do estudo era o de aferir os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a temática, de modo, a após a análise das respostas do questionário, planear a Formação para a equipa de enfermagem, com base nessas informações. A respetiva análise dos questionários (Apêndice XVII) foi baseada na análise

conteúdo de Bardin (2009). Após a análise dos questionários, a formanda planeou uma sessão de formação para a equipa, cujo plano de sessão se encontra no Apêndice XVII. A respetiva formação encontra-se no Apêndice XVIII. A formação foi direcionada para as principais necessidades formativas identificadas na análise. Focou aspetos da doença crónica e as suas especificidades, passando pela adoção dos Cuidados Centrados na Família. Focou domínios considerados relevantes para a prática de cuidados, sendo um dos mais importantes a comunicação do profissional com a criança e a família, a problemática da adesão ao regime terapêutico, os fatores que influenciam o mesmo e algumas teorias explicativas do fenómeno. Foram explanadas as estratégias elencadas na literatura promotoras de adesão ao regime terapêutico. Durante o estágio, a formanda partilhou com os colegas alguns *sites* existentes a nível internacional, construídos por instituições e associações de saúde com algumas estratégias promotoras do comportamento de adesão. *Sites* que podem complementar a atuação clínica tais como o: *aboutkidshealth.com*; *Children's Hospital*, <http://www.sickkids.ca> entre outros. A relevância destes *sites* é a existência de informação/ensinos interativos, os quais podem servir de recurso e apoio aos ensinos prestados e à explicação das patologias numa linguagem adequada ao desenvolvimento infantil. Esta atuação permitiu sensibilizar e dinamizar a equipa de enfermagem da unidade de ORL/Urologia para a problemática. Esta intervenção pela mestranda permitiu mostrar à equipa iniciativas que se podem adotar na prática clínica.

Durante o estágio na unidade onde exerce funções, após análise das atividades realizadas pela equipa de enfermagem que vão de encontro ao tema e de acordo com as atividades planeadas, a formanda e a Enf.^a Chefe decidiram que seria importante a realização de dois folhetos sobre a CIC. A formanda realizou um folheto para ser entregue aos pais aquando do início do esquema de cateterizações, de modo a orientar o modo como poderiam auxiliar o filho nesta nova etapa (Apêndice XIX). O segundo folheto (Apêndice XX) será entregue pelo cuidador/familiar na escola após o início do esquema terapêutico, de modo a informar, caso os pais achassem conveniente, a escola sobre a situação, mostrar disponibilidade para futuro esclarecimento de dúvidas e algumas orientações. A realização destes folhetos teve o intuito de potenciar a adesão ao regime terapêutico. Ambos os folhetos ficaram a ser analisados pelo Gabinete de Comunicação para posterior autorização e implementação. A realização deste último folheto prendeu-se com os relatos das crianças e familiares, da existência de

constrangimentos na escola com a realização da técnica. Estas dificuldades foram de igual modo identificadas pela formanda nos anteriores campos de estágio.

Focada na temática major da adesão ao regime terapêutico foi realizada pesquisa bibliográfica subjacente ao tema, aliada à observação participada da prática clínica que teve como espaço a Consulta Externa de Neurologia do Hospital de Dona Estefânia – nomeadamente nas consultas de Incontinência Urinária e do Núcleo de *Spina Bífida* e o campo de Treino da Spina Bífida. Esta observação participada foi orientada por uma grelha de observação que foi aplicada pela formanda nestes locais. Este instrumento permitiu a identificação de alguns dos fatores mais frequentes, que interferem com a adesão. Estes instrumentos dizem respeito à complexidade do tratamento instituído e sua duração (o caráter permanente e a interferência com a vida diária), a não compreensão da doença e do tratamento instituído; conhecimentos sobre a patologia e suas repercussões reduzida; a idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo; o grau de escolaridade da criança e familiares, o apoio, envolvimento e colaboração da família; as condições sociais, económicas e o respetivo suporte; fatores motivacionais; desconhecimento das consequências associadas com a não-adesão ao tratamento; a perceção de controlo da doença; a informação e os ensinamentos fornecidos pelos diferentes profissionais divergentes em alguns aspetos e a existência de constrangimentos na escola para a realização da técnica. Cada vez mais foram identificados aspetos relacionados com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, estando em muito relacionado com a dificuldade de aquisição das sondas para proceder às CIC's. Os fatores de não-adesão vão de encontro à literatura encontrada. Estes podem ser agrupados de acordo com Dias et al. (2011) em cinco grupos com influência variável:

- **Fatores sociais, económicos e culturais:** relacionados com o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos bem como as condições de acesso, a raça, as crenças culturais e as desigualdades sociais (Cabral & Silva (2009); WHO (2003); Dias, et al., (2011)). Neste grande grupo de fatores, Machado (2009) inclui ainda os fatores sociodemográficos como a idade, o sexo e o estado civil. Porém, segundo a WHO (2003) e Cabral e Silva (2009) a idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e vida urbana versus rural não têm sido claramente associadas à adesão.

- **Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde**, onde sobressaem o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de comparticipação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação e esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças, os serviços de saúde com horários desadequados às necessidades; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensem a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa, são fatores que dificultam a adesão (Cabral & Silva (2009); Dias, et al., (2011);WHO (2003); (Machado, 2009)).
- **Fatores relacionados com a pessoa doente**: relacionados com seus recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico (Cabral & Silva (2009); Dias, et al., (2011);WHO (2003); (Machado, 2009)). Estes aspetos interagem de modo ainda não suficientemente compreendido, para todas as variáveis, influenciando o comportamento de adesão. Estas barreiras têm maior significado, para as intervenções destinadas a mudar hábitos e estilos de vida, mas também afetam a adesão à medicação (Machado, 2009).
- **Fatores relacionados com o tratamento**: aspetos como a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes ao mesmo, bem como a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, diminuem a adesão (Dias, et al., (2011);WHO (2003); (Machado, 2009)).
- **Fatores relacionados com a doença**: nomeadamente a gravidade dos sintomas e a incapacidade que provoca aos vários níveis: físico, psicológico, social e profissional. O seu impacto, na vida da pessoa, depende do grau de risco que ela lhe atribui. Outras doenças concomitantes também podem afetar o comportamento de adesão (Dias, et al., (2011);WHO (2003); (Machado, 2009)).

Segundo Özek, Cinalli e Maixner (2008) a “habilitação em crianças e adultos jovens portadores de deficiência física ou intelectual é o processo de promoção do desenvolvimento, autoestima e autodeterminação, a fim de maximizar a independência física e bem-estar emocional (p. 341). A implementação do regime terapêutico, nomeadamente do Cateterismo intermitente limpo (CIC) reduz a incidência de infeções do trato urinário e tem uma influência positiva sobre a gestão social da continência urinária para muitos pacientes (Bray & Sanders, 2007). Este tipo de doença crónica “tem um impacto significativo em todos os aspetos do funcionamento e, conseqüentemente, da qualidade de vida (...), existem encargos adicionais de ajustes psicológicos e baixa autoestima.. O Modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF), onde a família trabalha com os profissionais de saúde na tomada de decisões informadas sobre a intervenção e recebe apoio é considerada a melhor prática para o cuidado destes indivíduos. Esta filosofia de cuidados à criança e família garante que nos serviços de saúde os cuidados sejam planeados contemplando a família, não individualizando a criança, sendo todos os membros da família vistos como recetores de cuidados (Özek, Cinalli, & Maixner, 2008; Shields, Partt & Hunter, 2006). Os CCF abrangem três princípios: (1) os pais conhecem melhor os filhos e querem o melhor para eles, (2) as famílias são únicas e diferentes, e (3) o ideal funcionamento da criança ocorre inserido no contexto familiar e comunitário (Özek, Cinalli, & Maixner, 2008). De acordo com Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons e Neff (2011), os princípios gerais compartilhados pela filosofia dos CCF dizem respeito a: a) partilha de informações: a troca de informações é objetiva, aberta e imparcial; b) Respeito pelas diferenças: a relação de trabalho é marcada pelo respeito à diversidade cultural, tradições linguísticas e preferências de cuidados; c) Parceria e colaboração: tomadas de decisão que melhor se ajustem às necessidades e clinicamente apropriadas, são feitas em conjunto, com envolvimento de ambas as partes (família e profissionais); d) Negociação: Os resultados esperados da assistência são flexíveis e não necessariamente absolutos e) Cuidados inseridos no Contexto Familiar e Comunitário: em que o atendimento médico e as tomadas de decisão refletem a criança dentro do contexto familiar e da comunidade. Nos cuidados centrados na criança, os pais/família também são alvos de intervenção, sendo elementos fulcrais para o enfermeiro. A família desempenha um papel importante no desenvolvimento e crescimento da criança, pelo que se torna crucial intervir junto deles, despertando o sentido de responsabilidade e sensibilidade para os riscos associados às doenças na infância. Este trabalho de parceria surge como promotor na

otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime do papel parental (Casey, 1993).

Para Orem (1993), o ser humano é um organismo biológico que pensa e raciocina. Este tem capacidade de refletir sobre si e o ambiente, criando criações simbólicas para pensar, comunicar e orientar esforços para realizar ações benéficas, para si e para os outros. No Modelo de Enfermagem de Orem (1993) a enfermagem proporciona ajuda ao paciente a realizar, conquistar ou a manter o autocuidado. A enfermagem auxilia o indivíduo e família a adquirir comportamentos de modo a manter a saúde e vida, recuperar ou adaptar-se às situações de doença. O indivíduo e família encontram-se inseridos num contexto ambiental. Este contexto ambiental diz respeito a todos os fatores, físicos, químicos, biológicos e sociais, sejam eles da família ou da comunidade, que podem influenciar e interagir pessoalmente. A criança com patologia do foro urológico e respetivos familiares requerem assistência focalizada na prática do autocuidado, reconhecendo a infância, em particular a idade escolar, como um período de construção e aquisição de conhecimento e capacidades. A patologia urológica deve ser perspectivada como uma doença crónica, que exige cuidados, cuidados esses, que permitem maior qualidade de vida, além da não evolução da patologia. Como desvio de saúde que é, origina demandas de autocuidado que devem ser identificadas. O foco de enfermagem é conduzir a criança e família a compreender o autocuidado como benefício à promoção da saúde. Conforme a Teoria de Orem, uma vez identificado o *déficit* de autocuidado, o enfermeiro planeia conjuntamente com o paciente e família, as ações para recuperação e reabilitação, neste tipo de situações em particular, através do sistema de enfermagem apoio-educação. O sistema de enfermagem apoio-educação é aplicável devido à criança ser capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar, as dimensões exigidas pelo autocuidado. O papel do enfermeiro relaciona-se com o suporte e capacitação educacional, para melhor compreensão das ações a desempenhar e supervisão na execução destas até que a criança e família adquiram a capacidade de manter o autocuidado, promovendo a saúde, a autonomia e o desenvolvimento de responsabilidade. Esta promoção para a saúde exige a construção de planos de intervenção eficazes. A compreensão e incorporação de modelos que pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relacionados com aspetos da saúde e doença são uma mais-valia para a compreensão do fenómeno da Adesão ao Regime Terapêutico.

As estratégias de intervenção, relativamente a este fenómeno, de acordo com Osterberg e Blaschk (2005) e Bugalho e Carneiro (2004), citados na revisão de literatura de Dias (2011), baseiam-se na educação do doente, na comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente e na disponibilidade dos serviços de saúde, intervenções educacionais e intervenções comportamentais. Para André (2005), citado por Amorim (2011), as estratégias de intervenção, devem comportar informação, desenvolvimento de aptidões sociais e de autorregulação, promoção da eficácia pessoa e criação ou mobilização de apoio social. Além destas estratégias, a literatura faz referência à relação entre profissional e cliente. De acordo com a WHO (2003) as intervenções promotoras da adesão têm o seu foco no paciente, no prestador de cuidados e no sistema de saúde. A mesma entidade refere que nenhuma intervenção utilizada de modo isolado e tendo em vista aumentar o nível de adesão é eficiente. As intervenções mais promissoras utilizam uma combinação de estratégias:

- Educação do paciente
- Competências comportamentais
- Autorrecompensas
- Apoio social
- Telefonema de Follow-up

No entanto, segundo WHO (2003), mesmo a intervenção mais eficaz não consegue manter resultados a longo-prazo. As intervenções direcionadas para o paciente incluem:

- Automonitorização;
- Definição de metas;
- Controle de estímulos;
- Ensaio comportamental;
- Feedback corretivo;
- Contratação de comportamento;
- Aprimoramento de compromisso;
- A criação de apoio social;
- Reforço
- Prevenção de recaídas.

A WHO (2003) alude que o enfoque na promoção do autocuidado e no estabelecimento de apoio social são mais efetivos na mudança de comportamentos de adesão. Segundo o autor referido anteriormente, apesar da limitada investigação relativa ao melhores métodos a aplicar no âmbito da pediatria, a educação do paciente não deve ser o único foco de ação. Deve-se aliar educação à utilização de estratégias comportamentais. As estratégias comportamentais com maiores índices de sucesso incluem a automonitorização, estabelecimento de contratos e a utilização do reforço. A realização de sessões de ensino individuais são mais eficazes comparativamente com sessões em grupo, por poder ser adaptado às necessidades específicas da criança e da sua família. Segundo Bray e Sanders (2007), os programas de ensino geralmente incluem alguns ou todos os seguintes componentes: panfletos informativos / folhetos, demonstração, ou a utilização do *role-playing* com o equipamento. No entanto, os profissionais podem ter de utilizar uma variedade de diferentes estratégias. Para Bray e Sanders (2007) referindo Edwards et al. (2004), o apoio de pares e a partilha de informação entre os mesmos tem sido identificado como estratégia de sucesso, tanto antes e após a implementação das cateterizações. Jovens e crianças, com o seu consentimento, podem ser reunidos para trabalho em grupo, ou os pais podem-se reunir para a partilha de experiências. Segundo os mesmos autores, deve-se proceder à desmistificação de receios relacionados com a dor. O ensino de exercícios de relaxamento também é preconizado por estes autores. A privacidade e dignidade devem ser mantidas. A presença de pessoas desnecessárias (profissionais e familiares) podem ser intrusivas para a criança. Esta deve ser estimulada a decidir quem quer que esteja presente durante o ensino. A demonstração da técnica várias vezes num ambiente privado e de apoio é fundamental para estabelecer a confiança no procedimento. A utilização de imagens enquanto o profissional ensina a técnica, pode ser uma estratégia útil de orientação no ensino da CIC a crianças. Métodos literários incluem a utilização de livros didáticos referentes à técnica e folhetos. Bray e Sanders (2007) fazem também referência à aplicação de jogos e exercícios. A utilização de contornos corporais têm sido usados com sucesso para ajudar na discussão e avaliação da compreensão da CIC e da localização corporal dos diferentes órgãos por crianças e pelos pais. A oferta de prémios simbólicos (por ex. medalhas), como recompensa pela conclusão das tarefas, pode servir de lembrete do progresso da criança e proporcionar uma sensação de conquista. Os objetivos devem ser atingíveis e usados no foco de determinados aspetos do processo. A utilização de uma lista de tarefas pode ser benéfico para gradualmente aumentar o envolvimento da criança

e família, bem como a utilização de cartas. As cartas proporcionam um momento interativo de ensino, podendo auxiliar a criança a memorizar os diferentes passos da técnica e podem ser desenhadas individualmente para cada criança, e focadas nos aspetos mais relevantes para a criança. Com a evolução tecnológica pode-se recorrer à utilização de vídeos, DVD's e Internet, visto captarem a atenção da criança e podem ser utilizadas para esclarecimento de dúvidas durante o ensino.

Estas atividades espelharam a aquisição do seguinte conjunto de competências: *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, baseia a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.*

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu percurso de aprendizagem culmina com a elaboração deste relatório. Efectivamente o percurso percorrido foi longo e acompanhado de muito trabalho e reflexão sobre a prática, mas muito gratificante. Segundo a OE (2011), é esperado do enfermeiro especialista um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção onde desenvolve a sua atuação. Este foi um período de dotação de competências pré-desenvolvidas durante a atividade profissional da formanda, e de um vasto conhecimento especializado na área da saúde infantil e pediátrica, resultante da passagem pelos vários contextos durante a formação. Os estágios realizados promoveram a articulação e mobilização constante de conhecimentos da prática profissional da formanda e aquisição de novos conhecimentos e saberes. Para Bento (2001), o estágio sendo integrado no processo de formação, deve funcionar com um espaço de génese de saberes, cuja aprendizagem contextualizada permite aos formandos utilizar os seus conhecimentos, aprender, observar e refletir sobre as práticas próprias e as dos que o rodeiam. Após a conclusão deste relatório, a formanda acredita ter atingido os objetivos traçados para o mesmo. Contudo, nem sempre foi fácil evidenciar as atividades realizadas, contextualizar e fundamentadas de modo adequado. No entanto, a leitura do presente relatório facilita esta explanação. A aquisição e desenvolvimento das competências no âmbito EESIP descritas ao longo do relatório foram graduais e cruciais para o crescimento não só profissional mas também pessoal. A aquisição destas competências contribuirá para a melhoria do atendimento da criança e família e qualidade dos cuidados. As aprendizagens ao longo deste percurso académico foram potenciadas pelos enfermeiros especialistas de referência que estimularam e proporcionaram o maior número e diversidade de experiências. Os próprios contextos de estágio, o trabalho individual de reflexão, a pesquisa baseada na evidência científica e na análise das práticas traduziram uma inquietação orientada para a constante atualização e tomada de decisão, no sentido de dar resposta a situações imprevistas e complexas. Em todos os contextos, nomeadamente a Neonatologia e Urgência Pediátrica, por serem realidades de prestação de cuidados diferentes da experiência profissional, a formanda procurou demonstrar

capacidade de aplicar conhecimentos, compreender e de resolver problemas visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência. A compreensão relativamente às implicações e responsabilidades éticas e sociais e a relevância das atividades realizadas basearam-se na reflexão, análise crítica e fundamentada sobre o exercício profissional e o papel do EESIP. Os cuidados de saúde primários possibilitaram o contacto com cenários de intervenção múltiplos e permitiram, a realização de uma avaliação direta do contexto onde a criança cresce e se desenvolve, permitindo a intervenção na família, na escola e na comunidade, de modo individualizado, veiculando a promoção da parentalidade, autonomia e a transição de papéis.

O momento de aprendizagem que agora termina permitiu que a formanda experienciasse na prática a importância do EESIP. Este é um elemento fundamental na promoção da saúde, e, por isso, deve reunir, mobilizar conhecimentos e desenvolver estratégias eficazes promotoras de saúde e bem-estar, visando a melhoria da qualidade de vida das crianças/adolescentes e suas famílias.

Ao longo do percurso formativo surgiram também algumas dificuldades e limitações, relacionadas com falta de tempo disponível para concretizar os objetivos e implementar as atividades, seleção da literatura mais pertinente e actual. Contudo, a formanda considera ter realizado uma aprendizagem positiva e aprofundada. O maior constrangimento sentido pela formanda foi o encerramento da unidade de internamento para onde foi planeado o projeto de intervenção. Com o encerramento definitivo desta unidade parte do objetivo ficou por cumprir, que seria a realização da ação de formação planeada. Porém, fica a sugestão da realização da formação para as restantes unidades de internamento cirurgico, visto ter deixado de existir no Hospital de Dona Estefânia uma unidade de referência para a criança com patologia urológica, e a equipa alvo ter sido distribuída pelas várias unidades.

A temática escolhida para estudo durante este momento de formação, foi por vezes considerada complexa nos diferentes contextos o que permitiu a partilha de experiências com os profissionais desses locais, promovendo uma maior atenção sobre a temática e um olhar diferente sobre a promoção do autocuidado na criança com doença crónica.

A oportunidade de vivenciar esta experiência teve enorme impacto no modo de agir da pessoa suscitando mudanças no profissional da atualidade. Estas mudanças tornam-se evidentes, no

contexto profissional da formanda, onde algumas das suas práticas se modificaram. Apesar das dificuldades vividas e tendo sido contornadas com o envolvimento pessoal e o apoio dos profissionais dos diferentes contextos, fica o desejo e a vontade de dar continuidade no futuro à mesma temática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. d., Novaes, M. R., & Trindade, E. M. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, 57-62. Obtido em 2012 de abril de 29, de http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf
- Amorim, F. J. (2011). *A promoção da adesão ao regime terapêutico da criança, do adolescente e da família com VIH/Sida*. Lisboa: Tese de dissertação ou trabalho de projeto ou relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre na área de especialização de saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Barker, E., Saulino, M., & Caristo, A. (dezembro de 2002). A new age for childhood diseases: spina bifida. *RN*, 65, 33-39. Obtido em 5 de dezembro de 2011, de EBSCOhost: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003019292&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Bray, L., & Sanders, C. (junho de 2007). Teaching children and young people intermittent self- catheterization. *Urologic Nursing*, 27 (3), 203-209. Obtido em 21 de dezembro de 2012, de Ebscohost: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=102b10e5-6e7d-4890-9cf9-744d061ebcb2%40sessionmgr111&hid=112>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennet, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (19 de março de 2010). *Conclusões a adesão ao regime terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In E. A. Gasper, & A. Tucher, *Advances in Child Health Nursing* (p. 285). London: Scutari.
- Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). (fevereiro de 2011). CIPE versão 2 - *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidata.
- Direção-Geral Da Saúde. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de atuação (orientações técnicas)*. (2ª ed.). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Clayton, D. B., III, J. W., & Joseph, D. B. (9 de março de 2012). *Urologic management of spina bifida*. Obtido em 2012 de dezembro de 2012, de Ebscohost: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=102b10e5-6e7d-4890-9cf9-744d061ebcb2%40sessionmgr111&hid=112>
- Couto, A. J. (setembro de 1998). O modelo das crenças de saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Revista Referência*, p. 5.9.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M., Neves, A. P., Pinto, A. F., Silva, A. S., et al. (junho de 2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 201-219.
- Franco, J. N., Branco, J. C., Conceição, M. A., Oliveira, P. A., & Silva, P. M. (abril/maio/junho de 2007). Adesão ao regime terapêutico: importância da relação enfermeiro-cliente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, p. 1923.
- Griffiths, C., Motlib, J., Azad, A., Ramsay, J., Eldridge, S., Feder, G., et al. (1 de novembro de 2005). *Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi*. Obtido em 21 de janeiro de 2013, de www.NCBI.com: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570787/pdf/bjpg55-831.pdf>
- Haynes, H., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (Review). Obtido em 2012 de abril de 29, de http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
- Hockenberry, M. J., Wilson, & Winkelstein. (2006). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hockenberry M; Wilson, D (2011) – *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.). Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 201. ISBN 978-85-352-3447-3
- Hommel, K. A., Odell, S., Sander, E., Baldassano, R. N., & Barg, F. K. (2010). Treatment adherence in paediatric inflammatory bowel disease: perceptions from adolescent patients and their families. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 80–88. Obtido em 12 de março de 2012 de

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=107&sid=c1f0a115-a093-42cc-90f0-703ba0800577%40sessionmgr111>

- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (12 de fevereiro de 2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*, 6, 297 – 305. Obtido em 12 de janeiro de 2012, de http://download.springer.com/static/pdf/165/art%253A10.1007%252Fs10995-011-0751-7.pdf?auth66=1360988508_a3e5701d9428b2d797b97cbe2ae0a94f&ext=.pdf
- Laíns, J. (1990). *Guia para uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (SUDRM)*. (J. Lains, Trad.) Coimbra: University de New York.
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico -Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Obtido em 1 de maio de 2012, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- McPherson, A. C., Glazebrook, C., & Smyth, A. (2005). Educational interventions – computers for delivering education to children with respiratory illness and to their parents. *Paediatric Respiratory Reviews*, 6 (3), 215-226. Obtido em 10 de janeiro de 2012, de <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=c1f0a115-a093-42cc-90f0-703ba0800577%40sessionmgr111&vid=10&hid=107&bquery=Educational+interventions+%E2%80%93+computers+for+delivering+education+%22to%22+children+with+respiratory+illness+AND+%22to%22+their+parents.&bdata=JmRiPXJ6aCZkYjltbmZGI9bnloJmxhbmc9cHQYnImdHlwZT0xJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Newman, D. K., & Willson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31 (1),12-48. Obtido em 13 de dezembro de 2012, de Ebscohost: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=102b10e5-6e7d-4890-9cf9-744d061ebcb2%40sessionmgr111&hid=112>

- Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. 1-5. Obtido em 1 de março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido em 1 de março de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem - conceptos de enfermería en la práctica* (4ª ed.). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*. Obtido em 15 de novembro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (5 de maio de 2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 10 de março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. I). (O. d. Enfermeiros, Ed.)
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. (junho de 2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Obtido em 10 de janeiro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Özek, M. M., Cinalli, G., & Maixner, W. J. (2008). *The Spina Bifida Management and Outcome*. Milan: Springer-verlag.
- Paixão, M. J. (2009). O sofrimento na criança e no adolescente com doença oncológica em fim de vida. *Pensar Enfermagem*, N° 13, pp. 72-84.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da criança* (8ª ed.). Mc Graw-Hill.

- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in Nursnig Practice*. (6ª ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). (dezembro de 2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. *National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation*, 1-311. Obtido em 1 de julho de 2012, de http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf
- Robyn, R., Crisp, J., & Steinbeck, K. (2003). Treatment adherence of youth and young adults with and without a chronic illness. *Nursing and Health Sciences* 5, 139–147 Obtido a 20 de abril de 2012, de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=107&sid=c1f0a115-a093-42cc-90f0-703ba0800577%40sessionmgr111>
- Ring, H., Feder, M., Schwartz, J., & Samuels, G. (junho de 1997). Functional Measures of First-Stroke Rehabilitation Inpatients: Usefulness of the Functional Independence Measure Total Score With a Clinical Rationale. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 78 (6), 630-635. Obtido em 7 de dezembro de 2011, de Pubmed.gov: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(97\)90429-9/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(97)90429-9/abstract)
- Santos, A., & Pessoa, T. (2009). Aprender a comunicar em enfermagem. *Atas do X congresso galego-português da psicopedagogia* (p. 2679- 2688). Braga: Universidade do Minho.
- Silva, O. L. (2005). Adesão ao regime terapêutico em crianças infetadas pelo VIH/SIDA-Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (4), 1-23. Obtido em 5 de abril de 2012 de <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169659.PDF>
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family Centered Care: A Review of Qualitative Studies. Nº 15. *Journal of Clinical Nursing*., pp. 1317-1323.
- Soares, A. H., Moreira, M. C., Monteiro, L. M., & Pohl, H. G. (15 de Agosto de 2005). A qualidade de vida de jovens portadores de espinha bífida do Children's National Medical Center – Washington DC. *Ciências & Saúde*, 817-826. 11 (3), Obtido em 1 de

dezembro de 2011, de Revista Ciência & Saúde:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30996.pdf>

- Soriano, F., & Baraldi, K. (12 de junho de 2010). Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. *ConScientiae Saúde*, 9(3), 521-530. Obtido em 6 de dezembro de 2011, de Conscientiae Saúde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915180024.pdf>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-358. Obtido em 18 de julho de 2012, de http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032549.pdf
- Wang, K.-W. K., & Barnard, A. (2004). Technology-dependent children and their families: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 36-46. Obtido em 12 de junho de 2012, de Journal of Advanced Nursing: <http://eprints.qut.edu.au/2014/1/2014.pdf>
- Wong, D. L. (2007). Whaley & Wong. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action. *World Health Organization*, 1-209. Obtido em 20 de março de 2012, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. (Janeiro-Agosto de 2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 10(4), 552-6. Obtido em 15 de janeiro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf>
- Mourtzinos, A., & Stoffel, J. T. (2010). Management goals for the Spina Bifida neurogenic bladder: A review from infancy to adulthood. *Urologic Clinics of North America*, 37(4), 527-535. Obtido em 10 de outubro de 2012, de <http://amlar-res.com/wp-content/uploads/2011/10/Descargar-pdf-espina-bifida.pdf>
- Newman, D. K., & Willson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12-29. Obtido em 13 de dezembro de 2012, de Society of Urologic Nurses and Associates, disponível em: <https://www.sun.org/sites/default/files/download/education/2013/article3101229.pdf>

- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidado. *Nascer e Crescer*.20 (1), 26-31. Obtido em 14 de janeiro de 2013, de Scielo Portugal: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, 1.ª série*, N.º 38.(22-8-2008),1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República, 1.ª série*, N.º193. (6-10-2009),7298-7301.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, 1.ª série*, N.º 38. (22/2/2008),1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de abril. *Diário da República, 1.ª série*, N.º 74. (16/04/2009), 2275- 2277.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. *Diário da República, 1.ª série*, N.º 47 (6/03/2008), 1395- 1409.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

Descrição da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC)

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC) integra-se no ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) da Península de Setúbal II e abrange as freguesias de Arrentela, Aldeia de Paio Pires, Fernão Ferro e Seixal. Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. O seu regime de estruturação e funcionamento dos ACES do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008.

Cada agrupamento pode compreender as seguintes unidades funcionais:

- Unidade de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Outras unidades ou serviços propostos pela respetiva administração regional de saúde (ARS) e aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

As instalações físicas da UCC encontram-se sediadas na Unidade de Saúde do Seixal, situado no 2º andar do edifício. É constituída por 4 gabinetes, 1 para o planeamento/acolhimento do Programa dos CCI e os outros 3 para o desenvolvimento dos restantes programas/projetos que integram a carteira de serviços e 2 salas de reuniões (gabinetes de trabalho, que poderão ser rentabilizados por todos os elementos da equipa.

A UCC do Seixal tem como pressupostos:

- Acreditar na filosofia de trabalho subjacente aos princípios orientadores para a constituição das UCC;
- O referencial de trabalho comunitário dos Centros de Saúde do Concelho do Seixal;
- As sinergias criadas pelo trabalho em parceria, destacando-se pelo seu impacto, o projeto Seixal Saudável e a Rede Social do Seixal;

- O banco de recursos do Concelho do Seixal, com respostas para minimizar a exclusão social, e responder às necessidades da população ao longo do ciclo de vida;
- O apoio do ACES, na auto-organização e criatividade dos profissionais em prol da constituição das UCC

Em termos de metodologia de intervenção da equipa, esta subdivide-se em 2 equipas, que se complementam e articulam entre si:

- **A Equipa de Intervenção comunitária (EIC)** que atua fundamentalmente ao nível de famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade;
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)** que presta cuidados domiciliários a utentes dependentes de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, promovendo a articulação/acompanhamento e formação das respetivas famílias e cuidadores formais e informais.

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa de enfermagem é constituída por oito elementos, dois dos quais são Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, um Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e um Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Plano de Ação da UCC abrange os seguintes projetos:

- **Intervenção Comunitária com recurso à unidade móvel** – dirigido a indivíduos/famílias e grupos vulneráveis residentes em áreas problemáticas: Bairro da Cucena; Bairro 1º maio; Bairro Quinta do Cabral; Gira Lua dirigida a população com práticas de prostituição;

- **Construir Saúde-** visa intervir nos determinantes em saúde, de modo a promover o *empowerment* da população;
- **Preparação para a Parentalidade** – dirigido a mulheres grávidas após a 28ª semana de gestação e seus companheiros e visa o desenvolvimento de competências para a evolução normal da gravidez, parto e puerpério. Compreende uma vertente teórica e prática.
- **Saúde mental na infância e adolescência** – dirigido a crianças/jovens até 16 anos de idade, com problemáticas do foro da saúde mental. Pretende identificar, encaminhar e acompanhar crianças e jovens com perturbações psiquiátricas, promovendo a saúde mental na infância e na adolescência.
- **Programa de Intervenção Integrada na Área da Criança/jovem com necessidades especiais** – tem como população alvo as crianças e jovens em idade escolar com necessidades especiais detetadas.
- **Saúde Escolar** – tem como objetivo promover estilos de vida saudáveis na população em idade escolar. Integra a criação de espaços individualizados de atendimento a adolescentes em meio escolar.
- **Integração da Rede Social** – Concelho Local de Ação social do Seixal do Núcleo Executivo;
- **Contributos no Rendimento Social de Inserção** – assegurar o acompanhamento e/ou acompanhamento social de famílias em situação de precaridade.
- **Projeto integrado de intervenção Precoce do Seixal** – dirigido a famílias com crianças em risco dos 0 aos 6 anos de idade.
- **Projeto de formação formar para cuidar** - tem como finalidade contribuir para desenvolvimento e aquisição de novas competências, por parte dos profissionais de instituições comunitárias que cuidam de crianças/jovens e idosos na área do Seixal. Pretende proporcionar formação aos cuidadores acerca das características físicas e psicológicas, para poderem lidar da melhor forma com as dificuldades e adequar os cuidados a cada indivíduo em particular.
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)** – prestação de cuidados domiciliários a utentes que se encontrem em situação de dependência

temporária ou permanente, em fase final de vida, situação de vulnerabilidade, complexidade de tratamentos. Os cuidados prestados são de natureza preventiva, curativa ou paliativa, centrados na pessoa doente/família, cuidadores informais ou formais, utilizando uma abordagem holística nas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

- **Voluntariado** – visa a formação e integração de voluntários no acolhimento e acompanhamento de situações de acordo com as necessidades identificadas.
- **Espaço para a Esperança** – visa o acompanhamento integrado e multidisciplinar da população vítima de violência.

APÊNDICE II

Objectivos da Unidade de Cuidados na Comunidade do
Seixal

APÊNDICE III

Plano de sessão formação UCC- A criança com Spina
Bífida - necessidades especiais

PLANO DE SESSÃO

Tema: A criança com Spina Bífida- necessidades especiais

Local: Escola Básica do 1º Ciclo com Jardim-de-infância da Quinta dos Franceses

Data: 22 e 24 de Outubro de 2012

Hora: 16 h

Objectivos gerais:

Descrever a problemática da Spina Bífida

Apresentar as necessidades especiais da criança com SB

Objectivos específicos:

- Definir a patologia Spina Bífida
- Diferenciar as diferentes repercussões da SB
- Definir o papel da escola na criança com SB
- Definir CIC
- Descrever a técnica de CIC

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<u>Introdução</u> Apresentação pessoal Apresentação do tema, justificação e objectivos Metodologia	Método expositivo E método interrogativo - Técnica das perguntas	Data-show (apresentação em PowerPoint)	3 Minutos	Sofia
<u>Desenvolvimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de SB • Repercussões da SB (focadas nas alterações da J.: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alterações Urológicas (bexiga neurogénica – atónica e reflexa) 2. Alterações intestinais 3. Alterações sensibilidade/mobilidade 4. Alterações psicossociais • O que é a CIC? <ul style="list-style-type: none"> - Utilidade - Técnica da CIC - A criança com spina bífida na escola 	Método expositivo E método interrogativo - Técnica das perguntas Método activo	Data-show (apresentação em PowerPoint) Material para a CIC (compressas, lubrificante e sonda vesical) Visualização de vídeo demonstrativo da técnica de CIC	20 Minutos	Sofia

<u>Conclusão</u> Período para questões e dúvidas Síntese da sessão – Entrega de folheto relativo à problemática abordada Avaliação da sessão		Entrega do folheto “ A Cateterização Vesical Intermitente”	10 minutos	
---	--	--	------------	--

APÊNDICE IV

Formação a “A criança com *Spina Bífida* - necessidades
especiais”



Unidade de Cuidados na Comunidade

A criança com Spina Bífida- necessidades especiais

Trabalho elaborado por:
 EESIP Sofia Mendes n.º4175
 Orientado por : Enf. Susana Santos

fppt.com

CONTEUDOS

- Descrever o que é a Spina Bífida (SB)
- Informar sobre as Repercussões da SB
 1. Alterações urológicas
 2. Alterações intestinais
 3. Alterações sensibilidade/mobilidade
 4. Alterações psicossociais
- Enumerar algumas características da criança com SB na escola
- Desenvolver competências na área da eliminação Cateterizações intermitentes (CIC)

fppt.com

O que é a Spina Bífida?

- Malformação congénita, que ocorre no primeiro mês de gestação “e que se caracteriza pelo encerramento incompleto do tubo neural” (Carvalho, 2008, p.16)
- Malformação da coluna vertebral resultando num defeito na formação das vertebrae causando uma fenda.
- Envolve alterações neurológicas, deformidades e comprometimento da sensibilidade dos membros inferiores, incontinência intestinal e vesical ou retenção urinária.” (Soares et al, 2008, p.216)

fppt.com

O que é a Spina Bífida?



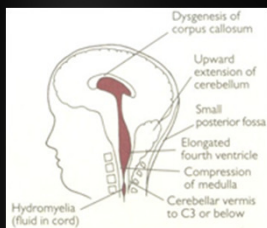
- Diferentes graus de comprometimento neurológico, dependendo da localização e extensão da lesão.
- Quanto mais alta a lesão, mais grave (Malheiro, 2005)

↓ resultados funcionais e ↑ dependência na actividades de vida diária, incluindo o funcionamento social (Cinalli & Maixner, 2008)

fppt.com

Spina Bífida

- Grande parte destas crianças tem associada uma malformação complexa do cérebro denominada por Arnold Chiari.



- Provoca um “empurramento” do cerebelo para a frente, obstruindo a passagem de LCR levando a hidrocefalia

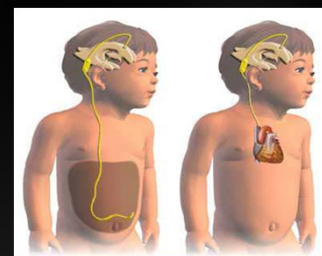
↓
Colocação de uma **válvula** ventrículo-peritoneal

Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

fppt.com

Shunt

- Ventrículo-peritoneal;
- Ventrículo-atrial (pouco utilizado);



fppt.com

Obstrução do shunt- sinais e sintomas

- Dores de cabeça ao acordar;
- Náuseas e vômitos;
- Choro agudo, breve e estridente;
- Irritabilidade
- Tonturas;
- Confusão (discurso sem nexo);
- Dificuldade na sucção ou em engolir

- Descoordenação dos movimentos;
- Alterações na visão
- Dificuldade em flectir a cabeça
- Dificuldade respiratória;
- Perda de consciência e convulsões

fppt.com

Repercussões da SB

Alterações do foro sensório-motor

Ortopédico

Urológico

Intestinal

Implicações para a mobilidade, autocuidado, independência, funcionamento escolar e social.

Malheiro, 2008; Özek ; Cinalli & Maixner, 2008

fppt.com

Alterações urológicas:

- **Bexiga neurogénica, incontinência do esfíncter urinário ;**
- São preocupantes, não só pelos riscos que existem a nível renal (infecções urinárias), como também pela necessidade de **esvaziar a bexiga** com um cateter (algáliação) de 3/3 horas ou 4/4 horas, constituindo-se obstáculo à integração escolar.

Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

fppt.com

Alterações urológicas:

Bexiga neurogénica pode ser de dois tipos:

- **Reflexa-** bexiga em constante contracção e se a urina não sai (esfíncter incompetente) reflui para os rins e vai provocar infecções e lesões graves que levam à insuficiência renal, necessitando de esvaziamento da bexiga 3/3h

Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

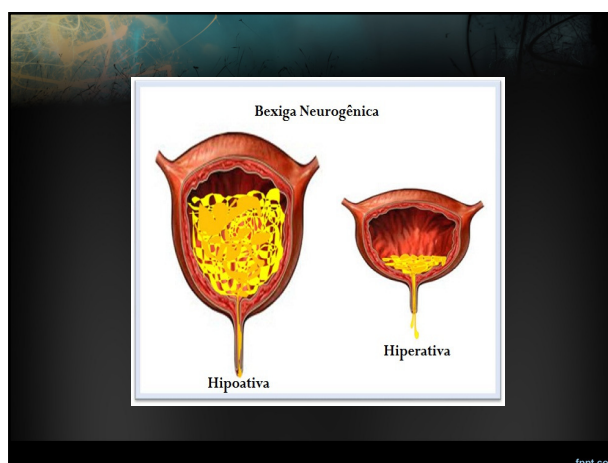
fppt.com

Alterações urológicas:

- **Atónica** (relaxada) vai provocar emissão constante de urina (necessidade de fralda) e necessitar de terapêutica para activar a musculatura permitindo a continência (esfíncter não deixa passar a urina) mas surge a necessidade de esvaziamento da bexiga 3/3h

Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

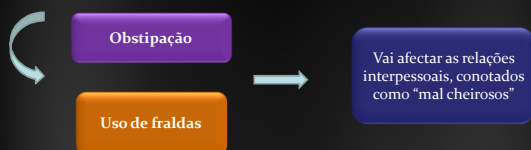
fppt.com



fppt.com

Alterações intestinais:

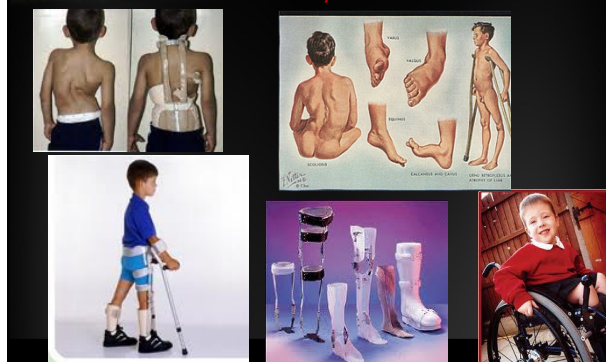
- Percepção normal de urgência em defecar ou de passagem das fezes está ausente
- Incontinência do esfíncter anal, caracterizado por emissão constante de fezes;



Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

fppt.com

Alterações da sensibilidade/mobilidade:



Alterações da sensibilidade/mobilidade:

- A paralisia e/ou a ausência de sensibilidade nos membros inferiores ↑ o risco de lesões –push up's



Aliviar as zonas de pressão

- Necessidade de meios auxiliares de marcha canadianas e/ou cadeira de rodas/ ortóteses
- Ortóteses para controlo postural;

Malheiro, 2005 ; Sandler, 1997

fppt.com

Alterações psicossociais:

A incapacidade resultante das doenças crónicas têm um impacto significativo em todos os aspectos do funcionamento e, consequentemente, da qualidade de vida. Além dos problemas sensitivos e motores, existem cargas adicionais de ajustes psicológicos e baixa auto-estima. O isolamento social é comum, como consequência da mobilidade pobre. A baixa auto-estima é agravada pela incontinência.

(Özek ; Cinalli & Maixner, 2008, p.

fppt.com

Alterações psicossociais:

Têm uma série de reconhecidos deficits cognitivos com impacto sobre a escola e o funcionamento social.

- ↑ autoconceito está associado a continência urinária, e
- ↓ auto-estima está associada a incontinência
- Sentem que são diferentes dos colegas

(Özek ; Cinalli & Maixner, 2008, p. 341) fppt.com

Alterações psicossociais:

• A nível cognitivo

Áreas fortes

- Desempenho verbal e memória longo-prazo
- Leitura
- Linguagem gramatical e vocabulários bons
- Relacionamento social

Áreas fracas

- Poucas habilidades de linguagem prática
- Percepção espaço-visual
- Desenho
- Escrita
- Déficit de atenção
- Matemática
- Memória a curto prazo

(Özek ; Cinalli & Maixner, 2008, p. 341; Sandler, 2007; Malheiro 2008) fppt.com

Intervenção:

“O cuidado de crianças e adultos jovens portadores de spina bífida estende-se além da gestão das suas necessidades médicas e cirúrgicas. A habilitação em crianças e adultos jovens portadores de deficiência física ou intelectual é o processo de reforço do desenvolvimento, auto-estima e auto-determinação, a fim de maximizar a independência e o bem-estar emocional e físico”

(Özek ; Cinalli & Maixner, 2008, p. 341) fppt.com

A Criança com SB na Escola

- **Suporte** - permitir que a criança tenha tempo nos intervalos das aulas para a auto-algaliação promovendo a autonomia e evitar que dependam de outros para a sua realização;
- **Tempo extra** para ir à casa de banho;
- Recursos humanos para **supervisionar** ou **colaborar na algaliação**;
- **Casas de Banho adaptadas**

fppt.com

A Criança com SB na Escola

- **Manter a rotina** para que não haja esquecimentos;
- Beber líquidos com regularidade para prevenir as infecções urinárias e a formação de cálculos na bexiga;
- Saber lidar com os possíveis acidentes;
- **Reforço positivo**

fppt.com

A Criança com SB na Escola

Algumas estratégias para melhorar a aprendizagem:

Melhorar a atenção

- Lugar da frente e perto do professor
- Minimizar estímulos visuais e sonoros
- Instruções verbais acompanhadas por referência visual
- Encorajar a participação activa

Estimular a memória

- Recitar
- Mnemónicas
- Associar imagem mental

fppt.com

O que é a CIC (Clean intermittent catheterization)/algáliação?

- Procedimento em que se introduz uma sonda/algália pela uretra até à bexiga e a urina é retirada até deixar a bexiga vazia (o resíduo que fica na bexiga é mais prejudicial do que a técnica ser mais ou menos limpa).
- **Intermitente**, porque deve ser feita várias vezes ao dia 3/3h ou 4/4h.

fppt.com

CIC

• CIC Reduz o risco de:

- Infecção urinária
- Deterioração da F. Renal
- Importante para adquirir continência
- Técnica limpa
- Idade de início < 5 anos - Toleram e aderem melhor

(Özek ; Cinalli & Maixner, 2008, p. 341)

fppt.com

Técnica da CIC:

Preparar o material:

- Compressas/Toalhetes;
- Cateter/algália/sonda;
- Lubrificante;
- Recipiente



Clinical Practice Guidelines,
2006

fppt.com

Técnica da CIC:

- Lavar as mãos;
- 1º Tentar urinar;
- Posicionar (meninas em posição de rã) - verificar se não fica roupa perto que possa acidentalmente molhar-se ou impedir a manipulação;
- Lavar com água e sabão/toalhetes o períneo (da frente para trás nas meninas e de cima para baixo nos meninos);
- Lubrificar 2/3 da algália/sonda.

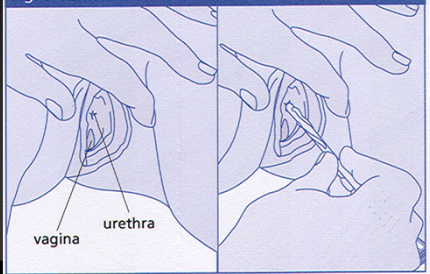
Clinical Practice
Guidelines, 2006

fppt.com

Meninas:

- Segurar a algália/sonda como se fosse uma caneta com o polegar e o indicador e introduzir cerca de 2 ou 3 cm até sair urina.

Fig. 3. Female ISC



fppt.com

Meninos:

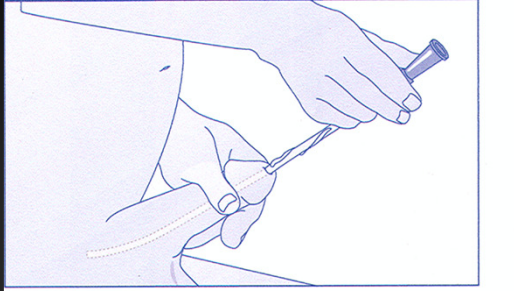
- Lavar muito bem com o prepúcio repuxado, lubrificar 2/3 da algália/sonda,
- Afastar/repuxar o prepúcio ficando o meato urinário visível,
- Segurar a algália/sonda como se fosse uma caneta,
- Introduzir no meato até sentir resistência e depois introduzir suavemente até sair urina.

Clinical Practice Guidelines, 2006

fppt.com

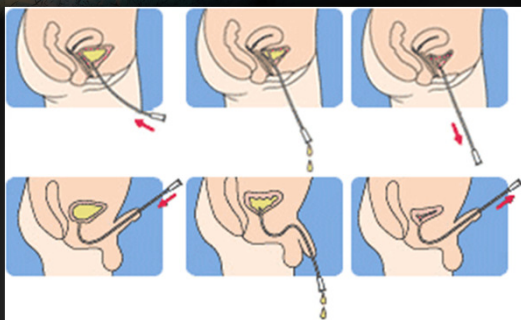
Meninos:

Fig. 2. Male ISC

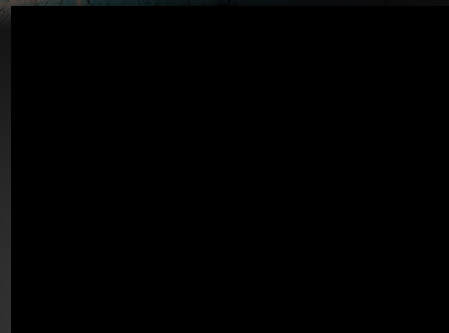


- Fazer pressão no abdômen para esvaziar totalmente a bexiga;
- Quando o fluxo de urina pára, retirar lentamente o cateter permitindo que a urina presente na parte inferior da bexiga drene.
- Observar as características da urina (cheiro, cor, presença de sangue ou sedimento);
- Lavar as mãos.

Clinical Practice Guidelines, 2006



Vídeo CIC



Referências bibliográficas:

- Sandler, A. M. D. (1997). *Living with spina bífida: a guide for families and professionals*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Malheiro M. I. - *Integração/Inclusão de Jovens com Spina Bífida no Ensino Regular... A Voz da Experiência*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, 2005. Tese de Mestrado
- Mourtzinos, A., & Stoffel, J. T. (2010). *Management Goals for the Spina Bífida Neurogenic Bladder: A Review from Infancy to Adulthood*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de urologic.theclinics.com
- Özek, M. M., Cinalli, G., & Maixner, W. J. (2008). *The Spina Bífida Management and Outcome*. Milan: Springer-verlag
- Sociedade Brasileira de Urologia. (10 de Novembro de 2008). *Bexiga Urinária: Cateterismo Intermitente*. Obtido em 15 de Outubro de 2012, de http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12_Bexiga.pdf
- Society of Urologic Nurses and Associates. (2006). *Clinical Practice Guidelines: Adult Clean Intermittent Catheterization*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de <http://www.suna.org/resources/adultCICGuide.pdf>

fppt.com

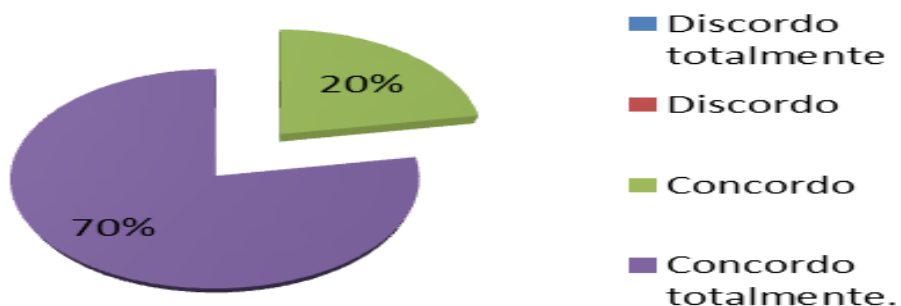
APÊNDICE V

Avaliação da Formação a “A criança com *Spina Bífida* -
necessidades especiais”

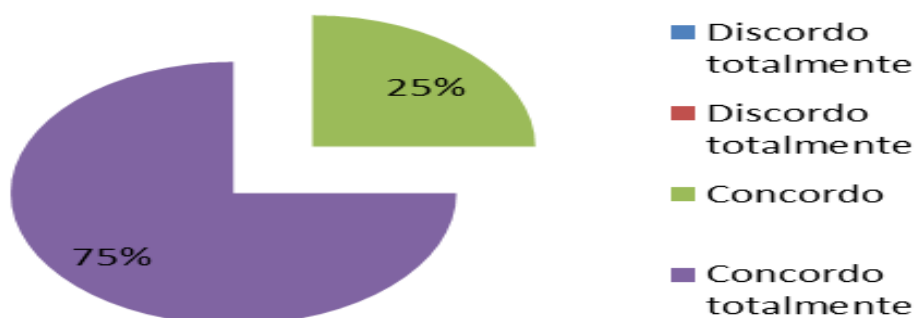
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA ESCOLA BÁSICA DO 1º CICLO COM JARDIM-DE-INFÂNCIA DA QUINTA DOS FRANCESES

APRECIÇÃO GLOBAL

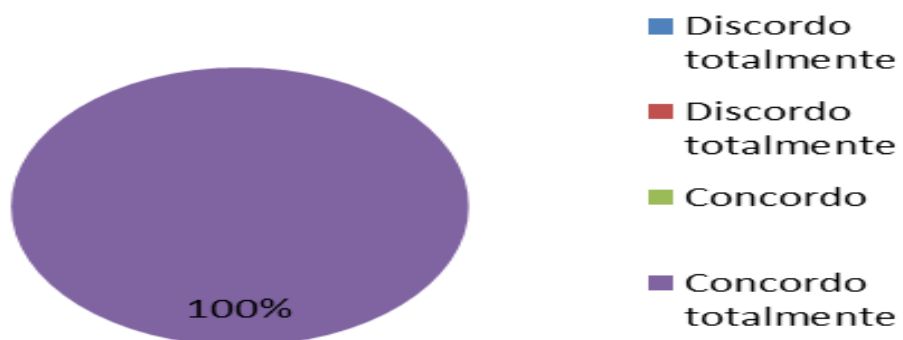
**As suas expectativas
em relação à
formação foram
satisfeitas**



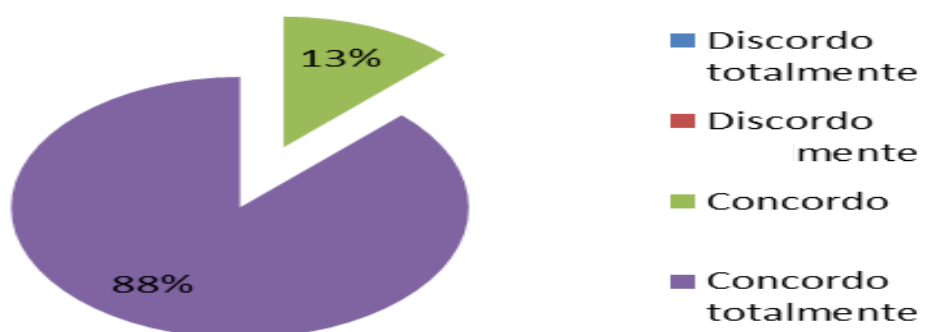
**Os objectivos da
formação foram
atingidos**



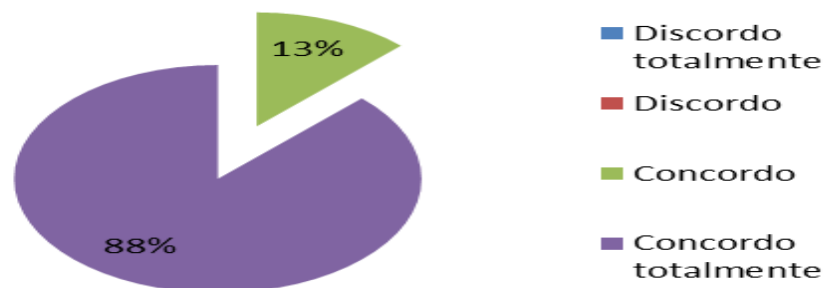
Considera a formação útil



Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos



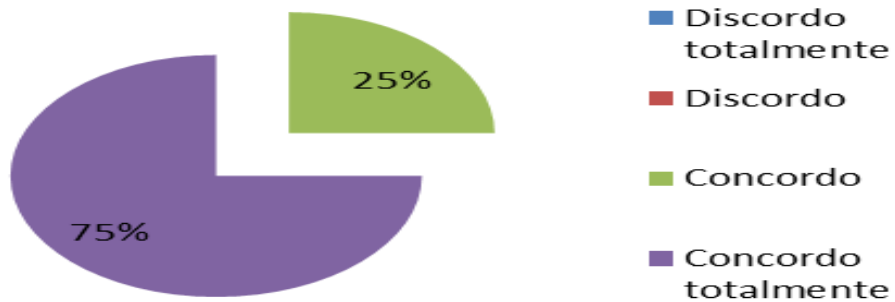
Foram abordados todos os temas que considera importantes



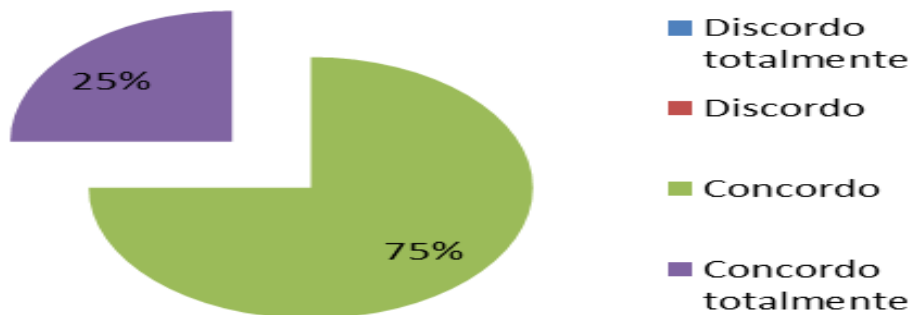
A documentação disponibilizada possui qualidade?



O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem



A duração da formação foi adequada

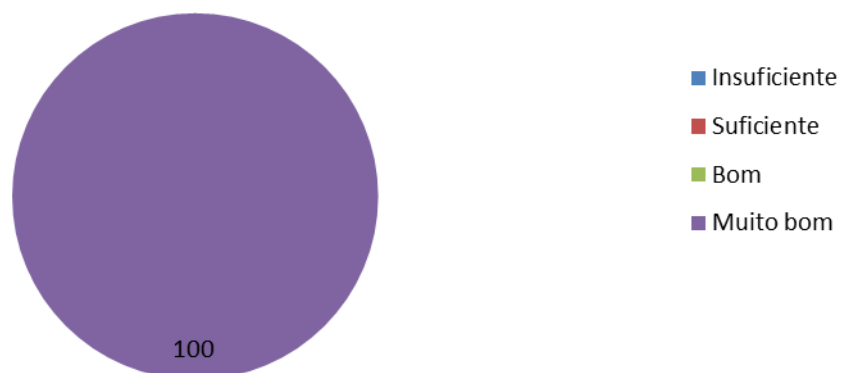


O horário da formação foi adequado



METODOLOGIA

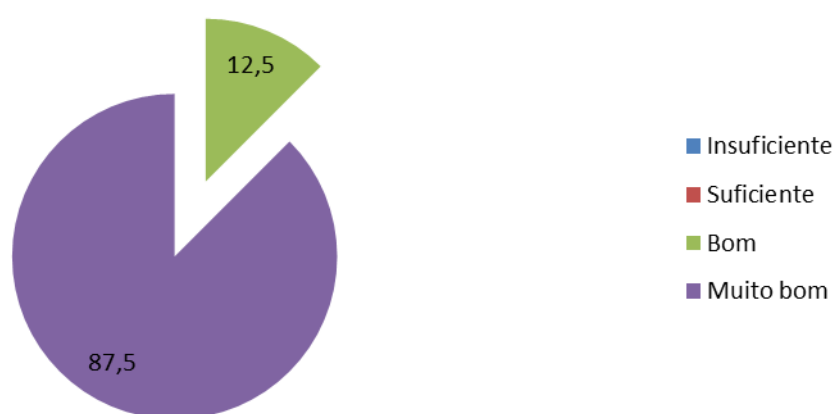
Conhecimento dos conteúdos apresentados



Facilidade na transmissão de conhecimentos



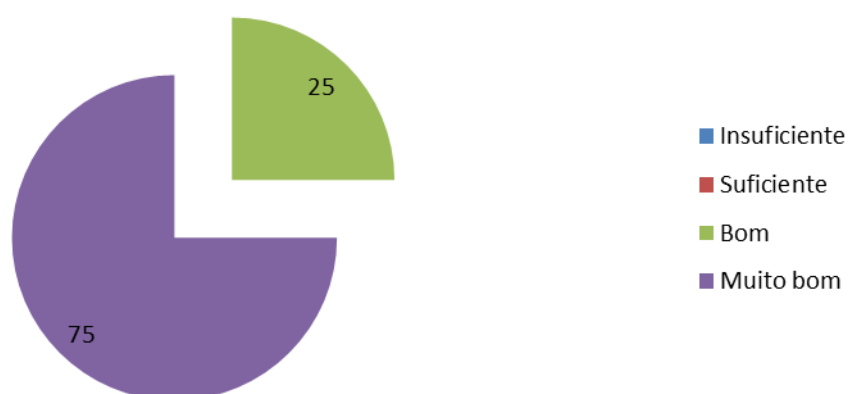
Capacidade de motivar, despertar o interesse nos formandos



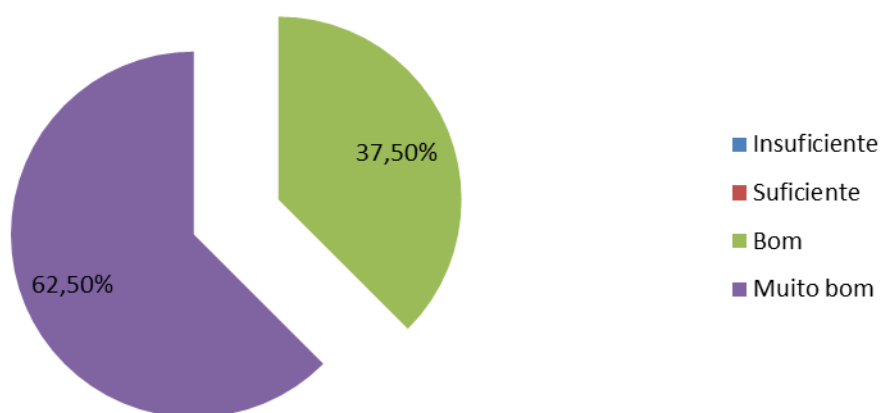
Interacção com o grupo



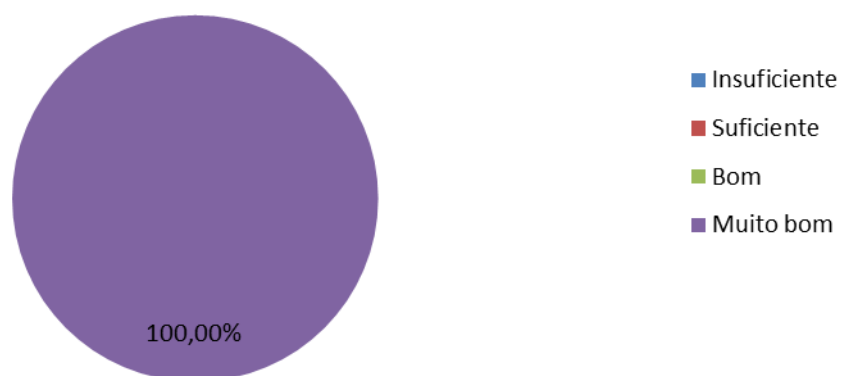
Interesse demonstrado para o esclarecimento de dúvidas



Gestão do tempo



Pontualidade



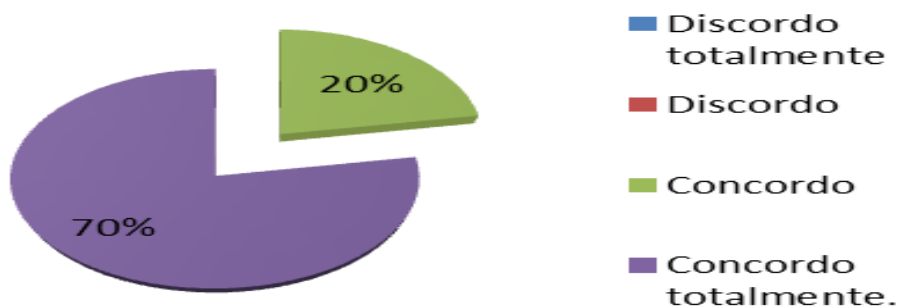
APÊNDICE VI

Folheto sobre a CIC - UCC

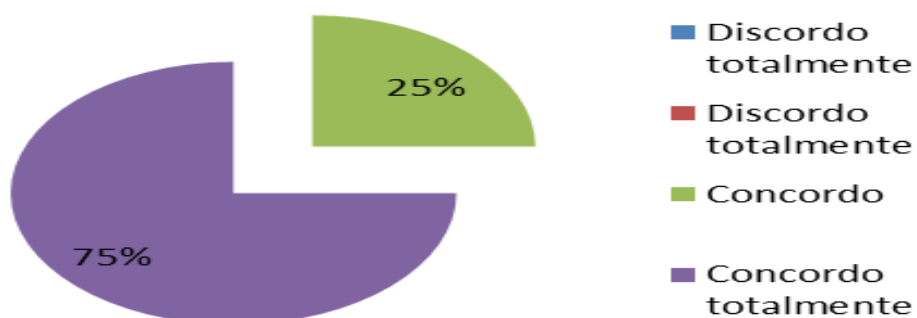
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA ESCOLA BÁSICA DO 1º CICLO COM JARDIM-DE-INFÂNCIA DA QUINTA DOS FRANCESES

APRECIÇÃO GLOBAL

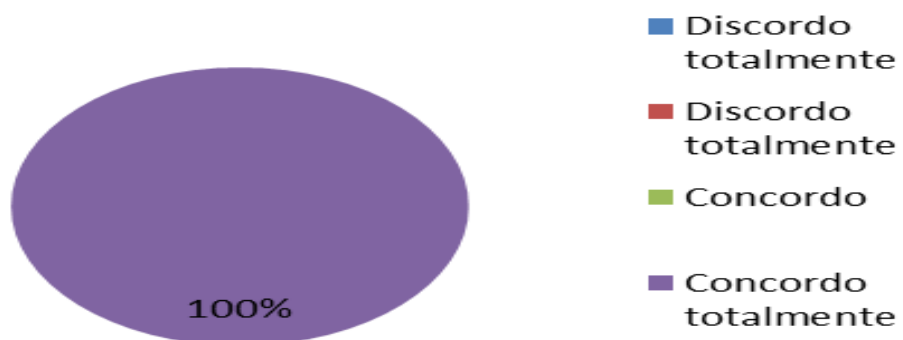
**As suas expectativas
em relação à
formação foram
satisfeitas**



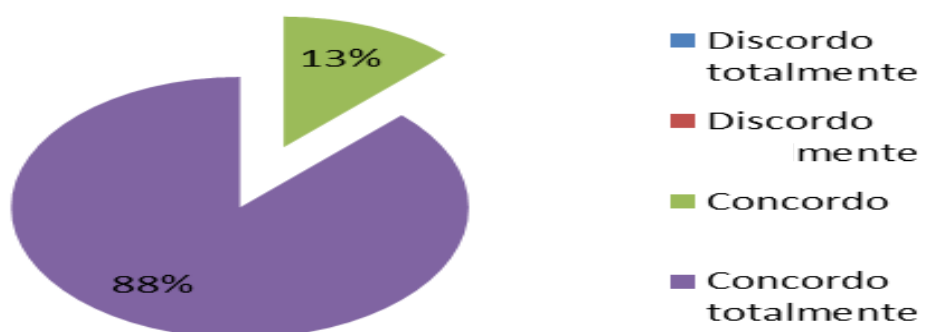
**Os objectivos da
formação foram
atingidos**



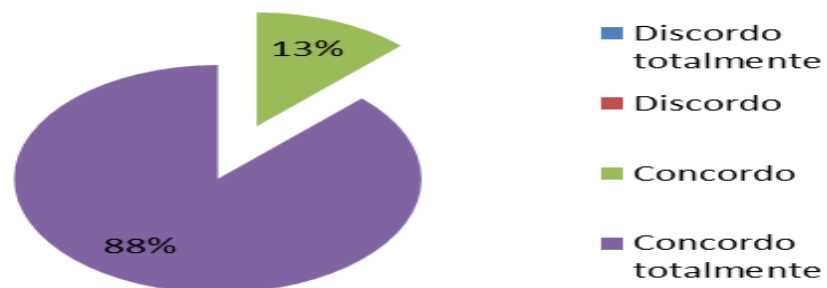
Considera a formação útil



Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos



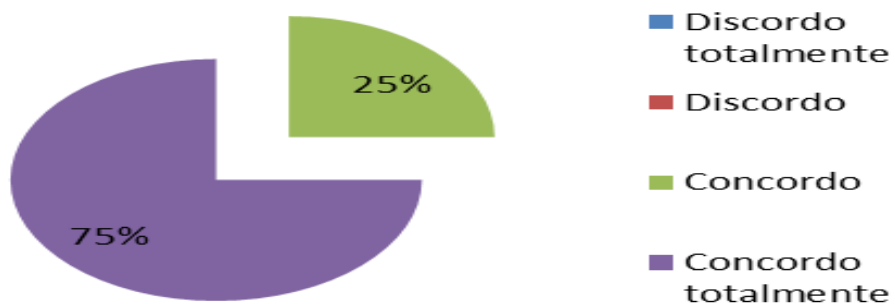
Foram abordados todos os temas que considera importantes



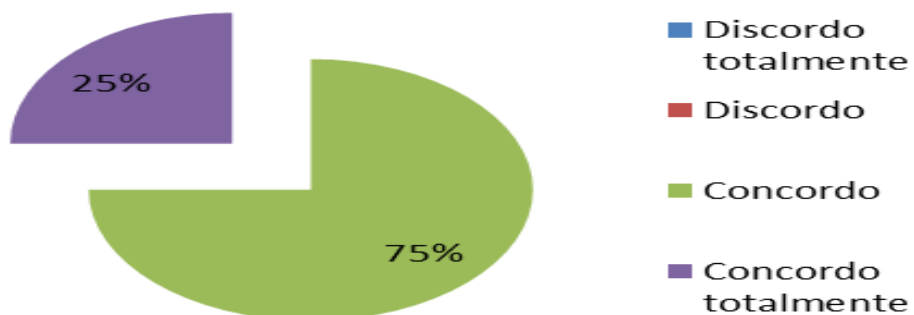
A documentação disponibilizada possui qualidade?



O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem



A duração da formação foi adequada



O horário da formação foi adequado

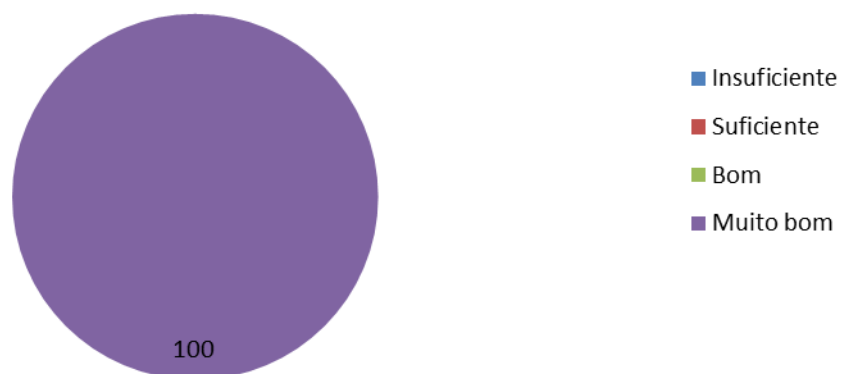


METODOLOGIA

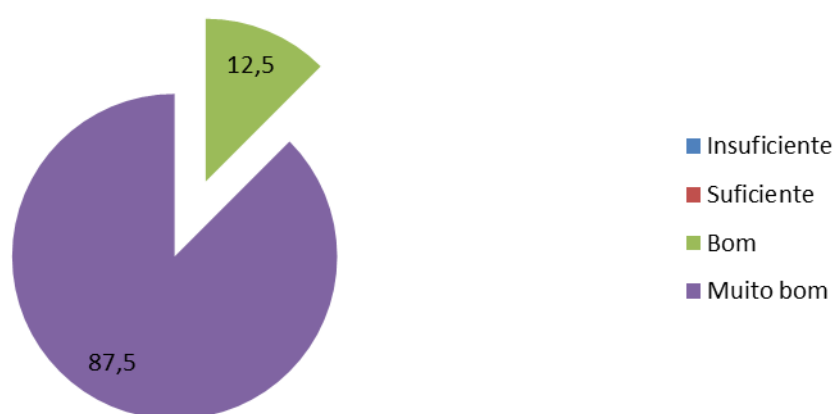
Conhecimento dos conteúdos apresentados



Facilidade na transmissão de conhecimentos



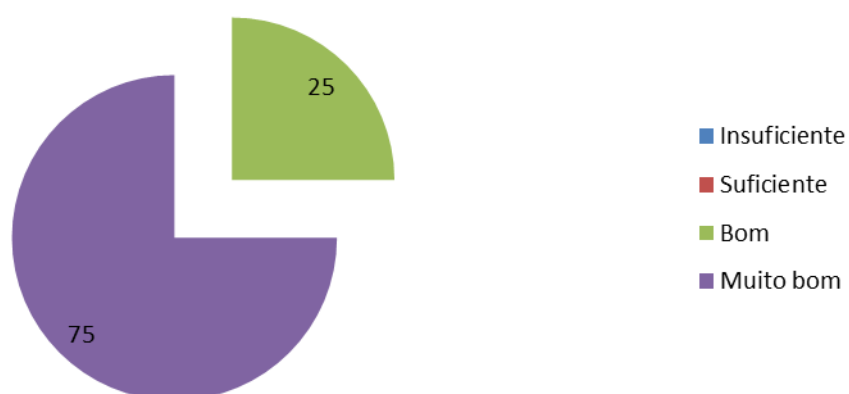
Capacidade de motivar, despertar o interesse nos formandos



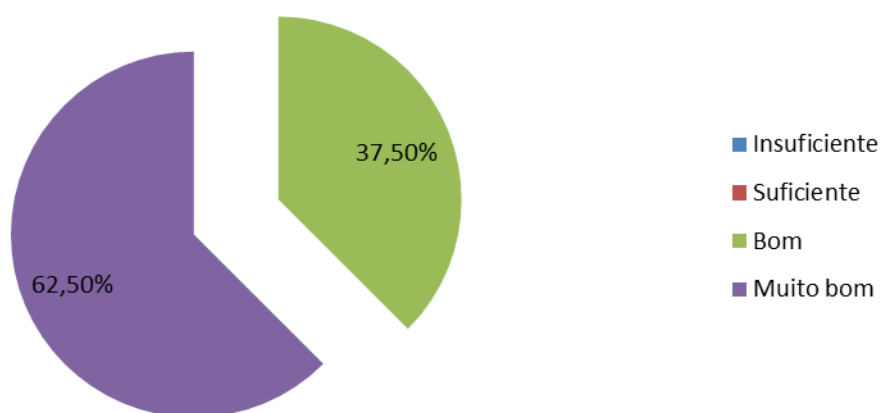
Interacção com o grupo



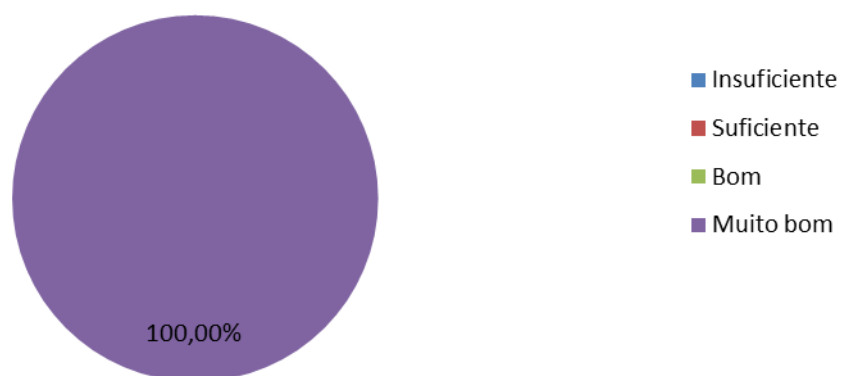
Interesse demonstrado para o esclarecimento de dúvidas



Gestão do tempo




Pontualidade



APÊNDICE VII

Procedimento sectorial sobre a CIC -UCC

	<p align="center">Procedimento Sectorial Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal Cateterização Vesical Intermitente na criança com Disfunção Vesical</p>	<p align="center">COD.0000</p>
---	---	---------------------------------------

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVOS

- Definir os procedimentos a adoptar
- Uniformizar as práticas de Enfermagem a nível do treino e ensino das Cateterizações Vesicais Intermitentes a crianças com disfunção vesical
- Dotar os enfermeiros de competências que lhes permitam cuidar com qualidade dos clientes/famílias que necessitam da realização de cateterizações intermitentes
- Dotar de competências as crianças/cuidadores informais de crianças com necessidade de realização de Cateterizações Vesicais Intermitentes

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO


Todos os enfermeiros da Área da ACES de Seixal-Sesimbra

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento: Enfermeiros da Área da ACES de Seixal-Sesimbra

3.2. Pela revisão do procedimento: Enf.^a Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
Susana Santos

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		1/5

	<p align="center">Procedimento Sectorial Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal Cateterização Vesical Intermitente na criança com Disfunção Vesical</p>	<p align="center">COD.0000</p>
---	---	---------------------------------------

4. DESCRIÇÃO:


A CIC (*Clean intermittent catheterization*) é um método que permite o esvaziamento periódico da bexiga, ou de um reservatório urinário criado cirurgicamente, pela introdução de um cateter através da uretra ou de um estoma continente (Sociedade Brasileira de Urologia, 2008). O principal objectivo desta técnica é promover o esvaziamento da bexiga ou do reservatório urinário continente, evitando complicações decorrentes da sua distensão exagerada. A CIC promove a melhoria das condições do tracto urinário, mantendo algum grau de continência e reduzindo a morbilidade secundária devido a infecções, prevenindo a deterioração da Função Renal (Özek, Cinalli, & Maixner, 2008; Sociedade Brasileira de Urologia, 2008).

Recomenda-se que a CIC seja executada em intervalos regulares ao longo dia, de acordo com prescrição médica, dependendo do paciente e do consumo de líquidos (3/3h ou 4/4h, com pausa nocturna de 6 a 8 horas). Inicialmente, em pediatria, a CIC é realizada por um dos pais, contudo cerca dos 6 anos de idade a maioria das crianças são capazes de se auto-cateterizar. No entanto, a competência para a realização da técnica depende da capacidade para se sentar de modo estável, da função motora, da capacidade cognitiva e é também influenciada pelo ambiente e suporte familiar (Özek, Cinalli & Maixner, 2008).

A técnica que tem sido adoptada é a técnica limpa, uma vez que a técnica estéril implica a utilização de materiais estéreis, manipulados com luvas estéreis, porém não diminui, de forma estatisticamente significativa, a frequência de bacteriúria e infecção urinária (Sociedade Brasileira de Urologia, 2008). Estudos recentes têm mostrado que a cateterização intermitente limpa, não aumenta o risco de infecção do tracto urinário (Society of Urologic Nurses and Associates, 2006), além do custo elevado do cateterismo estéril (Sociedade Brasileira de Urologia, 2008). Em ambiente doméstico, a técnica limpa é recomendada porque os indivíduos são expostos a organismos bacterianos que normalmente não causam infecções (Society of Urologic Nurses and Associates, 2006).

O ensino e treino do cliente e familiares devem ser realizados por um membro da equipa de saúde, sendo um aspecto fundamental para o sucesso do procedimento (Sociedade Brasileira de Urologia, 2008). A Auto-cateterização é realizada em diferentes posições

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		2/5

	<p align="center">Procedimento Sectorial Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal Cateterização Vesical Intermitente na criança com Disfunção Vesical</p>	<p align="center">COD.0000</p>
---	---	---------------------------------------

(deitada, sentada ou em pé). As clientes do sexo feminino podem usar um espelho colocado junto às pernas para visualizar o meato urinário, numa fase posterior e com maior perícia, podem recorrer simplesmente ao toque/palpação do meato urinário (Wyndaele, 2002). Os clientes devem ser instruídos a lavar bem as mãos, usar cateteres e lubrificantes não contaminados, além de limpar a região do meato uretral, antes da introdução da sonda. A limpeza das mãos e do meato uretral pode ser feita com água e sabão (Sociedade Brasileira de Urologia, 2008; Society of Urologic Nurses and Associates, 2006). A maioria dos cateteres necessita a aplicação de algum tipo de lubrificante, em especial no homem. Os lubrificantes são aplicados sobre o cateter ou instilados na uretra. Em alguns países os pacientes utilizam apenas água como lubrificante. Para aqueles com sensação uretral mantida, a utilização de anestésico local pode ser necessário (Wyndaele, 2002).


Podem ser utilizados cateteres com calibre de 4 a 14 Fr, seleccionando-se o calibre mais adequado para cada cliente. O cateter deve ser suficientemente lubrificado, e introduzido suavemente através do meato uretral, da região do esfíncter e do colo vesical, até que ocorra a saída de urina através dele. A urina pode ser drenada directamente na sanita, ou em qualquer recipiente ou fralda, caso ocorra a sua utilização.

Técnica da Cateterização Vesical Intermitente:

- **Preparar o material e colocar de modo alcançável:**
 - ✓ Compressas/Toalhetes
 - ✓ Cateter/algália/sonda
 - ✓ Lubrificante
 - ✓ Recipiente para recolher a urina (se não for eliminado directamente na sanita)
- Lavar as mãos com água e sabão;
- 1º Tentar urinar
- Lavar
- Lubrificar 2/3 da sonda, girando a sonda para abranger a maior superfície possível

Meninas:

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
			3/5


	<p align="center">Procedimento Sectorial Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal Cateterização Vesical Intermitente na criança com Disfunção Vesical</p>	<p align="center">COD.0000</p>
---	---	---------------------------------------

- Posicionar numa posição confortável (“posição de rã”)
- Com o polegar e dedo médio afastar os lábios e lavar o meato urinário com água e sabão/toalhetes o períneo (da frente para trás)
- Cada compressa ou toalhete passa pelo meato urinário apenas uma vez
- Na fase inicial as meninas podem necessitar da utilização de um espelho colocado nas pernas para visualização do meato uretral
- Segurar a sonda como se fosse uma caneta com o polegar e o indicador e introduzir cerca de 2 ou 3 cm até sair urina
- Com a mão contra lateral (não dominante) afastar os lábios vaginais
- Ao sentir resistência a nível do esfíncter interno, segurar a sonda de modo firme, com pressão suave e constante, desconstrair a musculatura de modo a que a sonda passe.
- Quando a urina deixar de drenar, exteriorizar lentamente a sonda com movimentos giratórios. Pare cada vez que se observe a saída de urina para que a bexiga se esvazie completamente (permitir que a urina presente na parte inferior da bexiga drene)
- Retire o cateter
- Observar as características da urina (cheiro, cor, presença de sangue ou sedimento)
- Lavar as mãos

Meninos:

- Lavar muito bem com o prepúcio repuxado
- Afastar/repuxar o prepúcio ficando o meato urinário visível
- Lavar de cima para baixo
- Segurar a algália/sonda como se fosse uma caneta
- Introduzir no meato até sentir resistência e depois introduzir suavemente até sair urina
- Fazer pressão no abdómen para esvaziar totalmente a bexiga
- Quando o fluxo de urina parar, retirar lentamente a sonda permitindo que a urina presente na parte inferior da bexiga drene
- Observar as características da urina (cheiro, cor, presença de sangue ou sedimento)
- Lavar as mãos

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
			4/5

	<p align="center">Procedimento Sectorial Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal Cateterização Vesical Intermitente na criança com Disfunção Vesical</p>	<p align="center">COD.0000</p>
---	---	---------------------------------------

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

CIC – *Clean intermittent catheterization*

6. REFERÊNCIAS

- Mourtzinou, A., & Stoffel, J. T. (2010). *Management Goals for the Spina Bifida Neurogenic Bladder: A Review from Infancy to Adulthood*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de <http://amlar-res.com/wp-content/uploads/2011/10/Descargar-pdf-espina-bifida.pdf>
- Özek, M. M., Cinalli, G., & Maixner, W. J. (2008). *The Spina Bifida Management and Outcome*. Milan: Springer-verlag.
- Sandler, A. M. D. (1997). *Living with spina bífida: a guide for families and professionals*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Sociedade Brasileira de Urologia. (10 de Novembro de 2008). *Bexiga Urinária: Cateterismo Intermitente*. Obtido em 15 de Outubro de 2012, de http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf
- Society of Urologic Nurses and Associates. (2006). *Clinical Practice Guidelines: Adult Clean Intermittent Catheterization*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de <http://www.sunu.org/resources/adultCICGuide.pdf>
- Wyndaele, J. (2002). *Intermittent catheterization: which is the optimal technique?-review*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de <http://www.nature.com/sc/journal/v40/n9/pdf/3101312a.pdf>
- Intermountain Healthcare. (2011). *Cateterismo intermitente limpio para mujeres después de una cirugía: cómo aprender la técnica y dar seguimiento a su recuperación*. Obtido em 9 de Outubro de 2012, de <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=52104627>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		5/5

APÊNDICE VIII

Objectivos para a Consulta de Neurologia - HDE

Objetivos da consulta de neurologia do HDE

Objetivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da consulta de Neurologia, assim como os processos de trabalho da equipa de enfermagem

Atividades a desenvolver:

- Apresentação à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro de Referência
- Visita às instalações da unidade sob a orientação do enfermeiro de referência
- Conversa com a Enfermeira Chefe e/ou Enfermeiro(a) Tutor(a) sobre organização e dinâmica do serviço, em particular sobre o percurso da criança/família no serviço desde a admissão até à transferência
- Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções.
- Consulta de manuais, protocolos, normas e procedimentos existentes no serviço;
- Consulta de manuais, normas e protocolos de atuação para identificação de projetos em curso na consulta de Neurologia;
- Clarificação de dúvidas com o enfermeiro de referência

Objetivo 2 - Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem;

Atividades a desenvolver

- Pesquisa bibliográfica;
- Revisão da literatura sobre a temática
- Respeito pela ética e pelo código deontológico da profissão
- Respeito pelas crenças e valores

Objetivo 3 – Conhecer a equipa multidisciplinar

Atividades a desenvolver:

- Apresentação à equipa da unidade de Neonatologia
- Conversas formais com os elementos da equipa de saúde, no sentido de conhecer as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem;

Objetivo 4 - Desenvolver competências na comunicação com a criança em idade escolar e família, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento

Atividades a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica
- Observação da interação estabelecida entre crianças em idade escolar (comunicação verbal e não verbal, brincadeiras) e de crianças com adultos (educadoras, enfermeiros, pais)
- Interações formais com Enfermeira Perita na área
- Reflexão crítica sobre atividades e aprendizagens realizadas
- Relatório

Objetivo 5 - Aprofundar conhecimentos relativamente à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e da família com patologia urológica

Atividades a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica sobre: Determinantes de Adesão; Modelos de Mudança Comportamental explicativos da Adesão (Modelo de crenças de saúde e Teoria do locus de controlo para a saúde)
- Interações formais com as enfermeiras especialistas ou peritas na área da doença crónica na criança e/ou na adesão ao regime terapêutico
- Conversas com os pais e crianças com patologia urológica para conhecer as identificar os fatores de não-adesão ao regime terapêutico mais frequentes
- Reflexão crítica sobre atividades e aprendizagens realizadas
- Relatório

Objetivo 6 - Identificar estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar relativamente à adesão ao regime terapêutico

Atividades a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica

- Identificação e registo de estratégias promotoras do Autocuidado da criança em idade escolar,
- Reflexão crítica sobre atividades e aprendizagens realizadas
- Relatório

Objetivo 7- Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na família

Atividades a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica
- Conversas formais com as enfermeiras especialistas ou peritas na área da doença crónica na criança
- Interações informais com as crianças e os pais durante a prestação de cuidados
- Reflexão Crítica sobre as interações

Objetivo 8– Desenvolver competências técnicas, relacionais e comunicacionais próprias do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Atividades a desenvolver:

- Observação das intervenções do enfermeiro, no sentido de maximizar o potencial da criança e família, promover a sua autonomia e facilitar a adesão ao regime terapêutico;
- Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de formação sentidas;
- Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem.

Objetivo 9 – Desenvolver competências profissionais de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família com doença crónica na consulta de Neurologia do HDE

Atividades a desenvolver:

- Conversas formais com o Enfermeiro Especialista de Referência no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados;

- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referência no planejamento e na prestação direta de cuidados à criança/família durante as consultas;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referência na gestão dos cuidados de enfermagem;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referência na gestão da equipa de enfermagem;
- Acompanhamento do Enfermeiro Especialista de Referência nos processos de tomada de decisão;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referência na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança e família;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referência na articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade que se revelem necessários;

APÊNDICE IX

Grelha de observação Consulta de Neurologia - HDE

Grelha de Observação

Objetivo: identificar as estratégias, os métodos de avaliação, necessidades e dificuldades de adesão à terapêutica na criança em idade escolar com patologia urológica.

Observação nº ____ ____/____/____	Data:
--------------------------------------	-------

Idade Escolar

Idade: ____ Internamentos anteriores:

Regime terapêutico:

Contexto:

Acompanhada por:

Local de realização:

Indicadores	Registos
Factores de não adesão	
Estratégias promotoras de adesão	
Métodos de avaliação da adesão	
Necessidades, dificuldades e carências	
Rede de suporte/apoio	

APÊNDICE X

Entrevista semi-estruturada - Consulta de Neurologia -
HDE

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS ENFERMEIROS

Objectivos	Questões	Observações
Identificar os factores de não-adesão ao regime terapêutico mais frequentes	1. Em sua opinião, quais os principais motivos que levam a criança e a sua família a não aderirem ao tratamento instituído?	Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante
	2. Quando confrontado (a) com a não adesão ao regime terapêutico, quais as justificações que a criança e família apresentam?	
Conhecer as estratégias de adesão utilizadas pelos enfermeiros	3. Que estratégias de adesão ao regime terapêutico são mais adoptadas na unidade?	Utilizar questões abertas
	4. Quando se institui o regime terapêutico, como por exemplo a instituição das cateterizações vesicais intermitentes, como é realizado o planeamento dessa intervenção?	Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta ativa
Identificar os métodos de avaliação da adesão mais utilizados.	5. Utiliza algum método de avaliação da adesão ao regime terapêutico na sua prática de cuidados?	
	6. Existe alguma faixa etária na qual os níveis de adesão ao tratamento instituído são superiores? Se sim, qual e porquê?	

APÊNDICE XI

Padrão documental diagnósticos CIPE ® Consulta de
Neurologia - HDE

**3.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

A criança com patologia do foro neuro-urológico

- Diagnósticos CIPE® -

Orientado por:

EESIP Luísa Monteiro

Professora Maria de Lourdes Oliveira

Elaborado por:

EEESIP Judite Sofia Nunes Mendes

Nº4175

Lisboa

Novembro 2012

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	4
2. ESTUDO DE CASO	7
2.1. Processo de enfermagem	8
2.2. Intervenções de enfermagem	9
3. DIAGNÓSTICOS CIPE MAIS COMUNS NA CRIANÇA COM PATOLOGIA NEURO- UROLÓGICA	12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®) tem a missão de promover a Enfermagem e a saúde ao facultar uma linguagem unificada de Enfermagem para a documentação no ponto de prestação de cuidados (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2011). Para a articulação da prática de Enfermagem, é essencial a adoção e utilização de uma terminologia científica moderna, para a manutenção, desenvolvimento e reconhecimento da mesma.

A realização deste padrão documental tem como objetivo otimizar os cuidados prestados à criança e família na Consulta Externa do Hospital de Dona Estefânia, funcionando como guia orientador das consultas de enfermagem. Este documento surge como proposta pela Enfermeira Chefe e da Enfermeira de Referência da Consulta Externa do Hospital de Dona Estefânia, para a identificação e análise dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes na consulta. Por outro lado responder à necessidade de padronizar e registrar os cuidados de enfermagem na consulta de neurologia, mais concretamente a nível das consultas do Núcleo de Spina Bífida e de Incontinência Urinária, com maior enfoque na temática da Adesão ao Regime Terapêutico da criança com patologia do foro Neuro-urológico .

O presente documento baseia-se na linguagem CIPE ®, versão beta 2, que define o cliente como sendo o objeto de um diagnóstico de Enfermagem e o recetor de uma intervenção de Enfermagem (Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2009), incorporado no programa informático SAPE (Sistema e Apoio à Prática de Enfermagem). Estruturalmente o documento encontra-se dividido numa pequena fundamentação teórica, seguido de um pequeno estudo de caso com a identificação dos diagnósticos de enfermagem em linguagem CIPE® e respetivas intervenções, finalizando com os diagnósticos de enfermagem mais comuns na consulta de Neurologia e suas intervenções.

1. FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (nº3 do Artigo 4º, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Na perspetiva de Machado (2009), a adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. A sua proximidade com as pessoas e doentes, a natureza da relação de cuidados, bem como a regularidade e a duração dos tratamentos proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efetivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde. Por outro lado, os ganhos em saúde para o cliente exigem regimes de tratamentos efetivos e a adesão a estes regimes. A adesão ao tratamento envolve muitas atividades do cliente, tais como tomar os medicamentos de modo apropriado; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; conceber mudanças no estilo de vida, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados (Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2009).

Para a World Health Organization [WHO] (2003), um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres. A mesma entidade prevê que o grande impacto económico das doenças crónicas a nível mundial continue a crescer até 2020, altura em que representará cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo. De acordo com o Catálogo da Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2009), “ as implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, incluindo o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes. Os indivíduos, as famílias e os prestadores de cuidados têm frustrações e aborrecimentos com a não-adesão” (p.9). Na linha de pensamento dos autores referidos anteriormente e de Robyn et al. (2003), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação dos jovens que se encontram em alto risco de sofrimento psicossocial. Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, encontram-se numa posição vantajosa para diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística de enfermagem, tal como referido pelo Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2009), inclui a:

- Avaliação do risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- Identificação dos diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Concretização de intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;
- Avaliação da adesão ao tratamento.

De acordo com o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2009), uma melhor adesão está relacionada com a segurança do doente, traduzindo-se em melhores resultados de saúde e diminuindo os custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade e a esperança de vida dos doentes. Deste modo, torna-se importante investir e educar os clientes com doenças crónicas sobre os benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão. A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado (Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2009)).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação. Permite informar a prática e as políticas de cuidados de saúde de modo a melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Deste modo, constitui-se um instrumento facilitador da comunicação dos

enfermeiros entre si, com outros profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Para a OE (2009), a CIPE® facilita a documentação padronizada dos cuidados prestados, em que os dados e informações resultantes podem ser utilizados para a gestão e planeamento dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas. Por se tratar de um padrão internacional, permite a recolha e análise de dados de Enfermagem entre populações e serviços de cuidados de saúde. Os dados originados pela sua utilização podem sustentar a tomada de decisão melhorando, deste modo, a segurança e a qualidade dos cuidados aos doentes e suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De salguardar que este documento colmata uma necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descrever os diagnósticos e intervenções de Enfermagem apropriadas para uma área particular de cuidados. O objetivo deste padrão documental é o desenvolvimento de dados consistentes que descrevam o trabalho de Enfermagem realizado nas consultas do Núcleo de Spina Bífida e de Incontinência Urinária, não substituindo o juízo de Enfermagem. A tomada de decisão do enfermeiro será, sempre essencial para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respetivas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

2. ESTUDO DE CASO

B.O. DN: 17/9/2003

Antecedentes pessoais:

- Spina Bífida: mielomeningocelo nível S1S2 (marcha autónoma desde os 21 meses)
- Hidrocefalia com Derivação Ventriculo-Peritoneal (malformação de Arnold-Chiari)
- Medula Ancorada operada em outubro de 2006
- Bexiga neurogénica, com risco de infeções urinárias de repetição e lesão renal. Incontinência de esfíncter vesical e anal, devendo realizar cateterizações vesicais intermitentes de 3/3 horas, de modo a evitar infeções urinárias e promover a continência social.
- Estrabismo convergente do OE, seguida na oftalmologia HDE.
- Seguida no núcleo de Spina Bífida desde 6/7/04

Gravidez vigiada no hospital de Cascais. Mãe toxicodependente consumidora de droga até ao 7º mês de gestação. Nesse período, iniciou tratamento com metadona. Criança a ser seguida no núcleo de SB desde 2004 com 9 meses de idade. Não fez diagnóstico pré-natal, nem tomou ácido fólico antes ou durante a gravidez; não fez eco até ao 7º mês. Parto eutócico às 33 semanas, no HSFX. Fez encerramento do Mielomeningocelo às 48 horas de vida. Ao 16º dia procedeu-se à colocação de Drenagem Ventriculo-Peritoneal à direita e fez síndrome de privação com tratamento Endovenoso.

Relativamente à parte urológica, a B. apresenta bexiga neurogénica hiperreflexa e tem necessidade de realizar Cateterizações Vesicais Intermitentes (CIC) de 3/3 horas. No domicílio as CIC são realizadas pelos pais. Atualmente, a B. transitou para o 4º ano de escolaridade, com bom aproveitamento. Na instituição escolar, a B. tem uma auxiliar de educação que lhe realiza as CIC. Foram feitos ensinamentos relativamente à realização dos esvaziamentos vesicais. A B. apresenta falta de motivação para o procedimento, bem como diminuída coordenação” mão-olho” e limitações a nível da motricidade fina, importante para realizar eficazmente a técnica.

De acordo com o protocolo do núcleo de Spina Bífida, a B. tem consulta de 3/3 meses, nas quais se procede a realização de urocultura. De modo geral, apresenta frequentemente uroculturas positivas. o mesmo protocolo contempla que após diagnóstico de infecção urinária, a criança seja medicada com antibioterapia, e após o seu término, deve repetir o exame. Se a mesma estiver negativa, retoma a profilaxia antibacteriana, caso tenha algum instituído.

O treino intestinal instituído, consiste em diariamente permanecer na sanita durante 30 minutos, meia hora após o jantar. Deve ainda introduzir o óleo (parafinina) em microclister (1ml) e aplicar na ampola retal; a mãe deve proceder à extração de fezes da ampola retal quando necessário. Através da consulta do processo clínico, constata-se recorrentemente episódios de diarreia, existindo perdas de fezes para a fralda ou penso, havendo necessidade de se proceder a revisão do treino intestinal.

Atualmente a B. apresenta excesso de peso e com valores laboratoriais alterados (colesterol e triglicéridos elevados).

Tem medicação prescrita (regime medicamentoso):

Ditropan (oxibutinina) 5 mg 2xdia

Furandantina 1 comp 50 mg à noite

Parafinina 5 ml de manhã e à noite

Clister intestinal em SOS

Forlax ½ carteira/dia

Vit. C 2 vezes/dia

Através da consulta do processo clínico, constata-se que a B., apresenta infecções urinárias de repetição. Verifica-se, ainda, que na sua maioria, não realiza as uroculturas de controlo pós término de antibioterapia. Constata-se também a ausência nas consultas de vigilância no Núcleo de Spina Bífida, com maiores períodos de ausência durante o ano de 2010.

2.1 Processo de enfermagem

O processo de enfermagem proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada, lógica e utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem, de modo a que as necessidades dos doentes sejam satisfeitas de maneira personalizada, global e eficaz. O processo de enfermagem permite construir uma estrutura que

possibilita a individualização das necessidades do utente/ família, manter ou melhorar o bem-estar do indivíduo e promover a uniformização e continuidade dos cuidados. A linguagem CIPE, ao permitir uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de enfermagem, mantém os objetivos inerentes ao processo de enfermagem. Após se proceder à colheita de dados da B, procedeu-se à formulação dos seguintes **diagnósticos de enfermagem linguagem CIPE®**:

- Perceção tátil manual, comprometida (dificuldade na realização da CIC)
- Capacidade para gerir o regime terapêutico diminuída (CIC e treino Intestinal)
- Capacidade para gerir a dieta ausente (hipocalórica)
- Capacidade para gerir o exercício físico ausente
- Capacidade para gerir a medicação ausente
- Capacidade da família para gerir o regime terapêutico (treino intestinal), comprometida
- Conhecimentos acerca do regime dietético parcialmente comprometido
- Não-adesão à dieta
- Não-adesão ao regime terapêutico (realização das cic pela B, e treino intestinal)
- Não-adesão a precauções de segurança - vigilância da pele
- Não-adesão aos exames de diagnóstico
- Autoeficácia baixa (crenças)
- Regime de tratamento complexo

2.2. Intervenções de enfermagem

- Avaliar a adesão
- Colaborar com o médico
- Gerir a resposta negativa ao tratamento
- Ensinar o tratamento
- Ensinar técnicas de adaptação para o défice sensorial

- Ensinar técnicas para o treino da memória
- Avaliar a atitude relativamente ao tratamento farmacológico
- Avaliar a atitude relativamente ao estado nutricional
- Avaliar a atitude relativamente ao processo patológico (doença)
- Avaliar a atitude relativamente ao regime
- Avaliar obstáculos à adesão
- Avaliar o comportamento relativamente a comida e bebida
- Avaliar o padrão de exercício
- Avaliar a disponibilidade em aprender
- Avaliar a resposta ao ensino
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoeficácia
- Fazer consultoria com o prestador de cuidados acerca do regime
- Estabelecer contrato para a adesão
- Incentivar as afirmações positivas
- Garantir a continuidade dos cuidados
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca do exercício
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da nutrição
- Identificar a atitude relativamente aos cuidados
- Gerir o regime
- Atribuir prioridade ao regime de tratamento
- Promover a esperança
- Promover a autoestima

- Fornecer materiais educativos
- Ensinar acerca das necessidades dietéticas
- Ensinar acerca da doença (processo patológico)
- Ensinar acerca do exercício
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar acerca da nutrição
- Ensinar a família acerca da doença (processo patológico)
- Ensinar a família acerca do regime
- Ensinar técnicas de adaptação para o défice sensorial

3. DIAGNÓSTICOS CIPE MAIS COMUNS NA CRIANÇA COM PATOLOGIA NEURO-UROLÓGICA

Foco/Diagnósticos	Status/Juízo	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> Perceção tátil manual 	<ul style="list-style-type: none"> Comprometida Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar o tratamento Ensinar técnicas de adaptação para o défice sensorial Ensinar técnicas para o treino da memória
<ul style="list-style-type: none"> Adesão ao regime terapêutico (definir a quê) 	<ul style="list-style-type: none"> Comprometido Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a adesão Gerir a resposta negativa ao tratamento Ensinar o tratamento Avaliar a atitude relativamente ao tratamento farmacológico Avaliar a atitude relativamente ao estado nutricional Avaliar a atitude relativamente ao processo patológico (doença)

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a atitude relativamente ao regime • Avaliar obstáculos à adesão • Avaliar o comportamento relativamente a comida e bebida • Avaliar o padrão de exercício • Avaliar a disponibilidade em aprender • Avaliar a resposta ao ensino • Avaliar o autocuidado • Avaliar a autoeficácia • Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca do exercício • Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação • Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da nutrição • Fazer consultoria com o prestador de cuidados acerca do
--	--	---

		<p>regime</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato para a adesão Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão • Facilitar encontro com outras crianças • Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico • Incentivara a atividade física • Informar sobre tratamentos • Identificar a atitude relativamente aos cuidados • Gerir o regime • Atribuir prioridade ao regime de tratamento • Promover a esperança • Promover a autoestima • Fornecer materiais educativos • Ensinar acerca das necessidades dietéticas
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca da doença (processo patológico) • Ensinar acerca do exercício • Ensinar acerca da medicação • Ensinar acerca da nutrição • Ensinar a família acerca da doença (processo patológico) • Ensinar a família acerca do regime • Identificar obstáculos à comunicação • Implementar terapêutica de orientação para a realidade
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade da família para gerir o regime terapêutico definir a quê!) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar os conhecimentos • Incentivar as afirmações positivas • Garantir a continuidade dos cuidados • Estabelecer uma ligação • Avaliar a resposta psicossocial às instruções • Identificar a atitude relativamente aos cuidados

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a atitude relativamente à dor • Identificar o estado psicossocial • Promover a esperança • Promover a autoestima • Fornecer materiais educativos • Reforçar a adesão • Reforçar a autoeficácia • Rastrear o abuso de substâncias • Apoiar o estado psicológico • Ensinar acerca das necessidades dietéticas • Ensinar acerca da doença (processo patológico) • Ensinar acerca do exercício • Ensinar acerca da medicação • Ensinar acerca da nutrição
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca do regime
<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar crescimento stato-ponderal • Avaliar padrão alimentar da criança • Avaliar padrão de exercício físico da criança • Monitorizar peso corporal • Monitorizar altura corporal • Educar sobre hábitos alimentares • Educar sobre hábitos de exercício • Ensinar sobre a dieta • Incentivar a atividade física
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar índice de massa corporal • Monitorizar peso, altura, perímetro abdominal da criança • Identificar fatores que contribuem para a obesidade

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamentos alimentares compulsivos
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometido • Conhecimento demonstrado não 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar crescimento stato-ponderal • Monitorizar peso corporal • Monitorizar altura corporal • Avaliar o desenvolvimento infantil • Ensinar sobre desenvolvimento infantil •
<ul style="list-style-type: none"> • Parentalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar o envolvimento da família • Elogiar o envolvimento dos pais • Ensinar pais sobre prevenção de acidentes • Ensinar pais sobre regime terapêutico da criança • Ensinar sobre complicações • Ensinar sobre papel parental durante os tratamentos • Ensinar sobre prevenção de complicações

		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre sinais de complicações • Facilitar a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida • Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental • Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados • Facilitar o envolvimento da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o envolvimento dos pais • Instruir os pais sobre regime medicamentoso da criança • Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil • Elogiar decisões adequadas dos pais em relação à criança • Apoiar os pais • Promover momentos para os pais exporem dúvidas e
--	--	--

		<p>preocupações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pais para serviços de saúde • Orientar pais para prestação de serviços na comunidade • Promover envolvimento da família • Promover papéis parentais • Promover vinculação
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação • (Capacidade para se ajustar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometida • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o stress do prestador de cuidados • Avaliar as crenças culturais • Avaliar o apoio social • Fazer consultoria com o serviço de cuidados ao domicílio • Gestão da segurança ambiental • Estabelecer a confiança • Facilitar o acesso ao tratamento • Manter a dignidade e a privacidade

		<ul style="list-style-type: none"> • Promover o apoio social • Encaminhar para terapia familiar • Apoiar os prestadores de cuidados • Apoiar o processo de tomada de decisão • Ensinar técnicas de adaptação • Ensinar a família acerca da doença (processo patológico) • Ensinar a família acerca do regime • Encaminhar para terapia de grupo (associações por ex.)
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação urinária 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre sinais de infeção • Ensinar sobre sinais de retenção urinária • Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga • Ensinar técnica de treino vesical • Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário

		<ul style="list-style-type: none"> • Inserir cateter urinário • Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário • Orientar no uso do equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário • Promover adaptação à incapacidade • Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo • Treinar técnica de autocateterização da bexiga • Vigiar eliminação urinária • Vigiar sinais de retenção urinária
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre ingestão de alimentos e eliminação intestinal • Ensinar sobre técnica de irrigação do intestino • Ensinar técnica de treino intestinal • Incentivar a deambulação • Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado

		<p>uso do sanitário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário • Orientar no uso do equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário • Promover adaptação à incapacidade • Treinar a utilização do equipamento para treino intestinal (clister de limpeza/irrigação intestinal) • Vigiar eliminação intestinal
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometida • Reduzida 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar o processo de tomada de decisão • Apoiar status psicológico • Promover aceitação: estado de saúde • Avaliar crença errôneas • Encorajar a comunicação expressiva das emoções • Encorajar o autocontrole ansiedade

		<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o autocontrolo medo • Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções • Ensinar sobre medidas de segurança • Ensinar sobre serviços de saúde • Escutar o doente • Estabelecer relação com a criança • Facilitar a comunicação expressiva de emoções • Avaliar a aceitação do estado de saúde • Promover a esperança • Promover a autoestima • Avaliar a autoestima • Avaliar a autoimagem • Avaliar a autoeficácia
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a depressão • Avaliar a cognição • Avaliar a negação • Avaliar as expectativas • Avaliar as crenças culturais • Avaliar as crenças espirituais • Avaliar as crenças espirituais da família • Avaliar o bem- estar físico • Avaliar o bem- estar espiritual • Avaliar o bem- estar psicológico • Avaliar o coping • Envolver no processo de tomada de decisão • Estabelecer confiança • Estabelecer relação
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia (especificar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzida • Comprometida • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre técnicas de adaptação • Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial • Ensinar técnicas do treino de memória • Instruir o doente • Promover a autoestima • Promover o autocuidado • Promover o uso de dispositivos e auxiliares de memória • Providenciar dispositivos de segurança • Providenciar terapia com dispositivos auxiliares • Providenciar orientação antecipada à família
---	---	---

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). (abril de 2009). *Catálogo da CIPE. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*, 1, Ordem dos Enfermeiros.
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico -Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Obtido em 1 de maio de 2012, de Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Obtido em 1 de março de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (fevereiro de 2011). CIPE versão 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*. Obtido em 15 de novembro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/linhas_cipe.pdf
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies- Evidence for action. Obtido em 20 de março de 2012, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

APÊNDICE XII

Caracterização da Urgência Pediátrica do Centro
Hospitalar do Barreiro-Montijo

Caracterização da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Barreiro Montijo

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE visa ser uma Instituição de excelência para a comunidade e uma referência nacional. Tem como missão: Assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Para tal, promove de forma sistemática a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições. Os seus valores institucionais prendem-se com:

- Profissionalismo;
- Humanismo;
- Inovação;
- Rigor;
- Eficiência;
- Responsabilidade.

A Unidade de Urgência Pediátrica integrada na Área Pediátrica funciona desde outubro de 2001, num espaço físico próprio e com uma Equipa Multidisciplinar distinta, exceto a Enfermeira Chefe que é comum a toda a Área Pediátrica. Este atendimento até à referida data, era realizado num Balcão de Pediatria situado na Urgência Geral no HNSR. Esta Unidade está situada no piso 1 do Hospital e admite crianças e jovens até aos 18 anos de idade.

A Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica é composta por 14 enfermeiros (11 Enfermeiras Graduadas e 3 Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria). O método de distribuição de trabalho é o individual. A Equipa Médica é composta diariamente por 2 médicos de Medicina Familiar, que prestam cuidados somente na Urgência Pediátrica e 2 Pediatras que prestam a sua atividade assistencial em toda a Área Pediátrica de acordo com as necessidades. Relativamente às Assistentes Operacionais (AO) a equipa é composta por 10 elementos, sendo a sua distribuição realizada da seguinte forma: 2 AO no turno da manhã e da tarde e apenas 1 AO no turno da noite.

Esta Unidade é constituída: no exterior do Serviço de Urgência encontra-se 1 Serviço Administrativo, 1 sala de espera com espaço próprio destinado à criança e outro aos adolescentes, 2 casa de banho (1 para a família e outra para as crianças/ jovens).

O interior do Serviço comporta: 4 gabinetes de atendimento médico, 1 sala de procedimentos de enfermagem (comporta 1 maca de reanimação, 1 carro de urgência, electrocardiografo, ventilador, monitores cardiorrespiratórios e desfibrilhador), 1 gabinete de triagem de enfermagem, 1 copa, 1 instalações sanitárias do pessoal, 1 zona de sujos e 1 sala de observação (SO) com capacidade de internamento para 5 crianças e 2 adolescentes, onde podem permanecer até 24 horas.

A admissão da criança e jovem é realizada através de uma ficha de inscrição administrativa, sendo que a sua proveniência pode ser referenciada por outras Unidades de Saúde, Médico Assistente, Saúde 24 ou sem qualquer tipo de referência. A Triagem de enfermagem incide numa rápida abordagem do utente pediátrico e realizada baseado numa aplicação informática inovadora denominado Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU). É considerado inovador por se tratar de um sistema de triagem adaptado à pediatria e criado em parceria pelos profissionais da instituição. Este é um programa informático desenvolvido internamente pelo Serviço de Sistemas de Informação (SSI), com o apoio de diversos profissionais de saúde do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Através deste sistema procede-se à triagem das crianças que se dirigem à instituição, baseada na linguagem CIPE, com o estabelecimento de prioridades, baseado num sistema de cores (verde, amarelo, laranja e vermelho). Na triagem, durante a observação médica e em caso de necessidade de realização de procedimentos evasivos ou não, é sempre incentivada a presença de 1 pessoa significativa para a criança / jovem. No SO, a criança / jovem também pode ter sempre o acompanhamento de 1 pessoa significativa para si durante a permanência neste espaço. Esta pessoa pode alternar a presença durante o período diurno. O acompanhante tem sempre direito a uma senha de refeição (almoço / jantar).

Os registos de enfermagem são realizados de acordo com o padrão Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) instituído na área pediátrica. É dada especial atenção à avaliação da dor, em todas as crianças / jovens internados, aplicando-se estratégias farmacológicas e não farmacológicas de acordo com cada situação.

APÊNDICE XIII

Objectivos da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do
Barreiro-Montijo

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional da unidade de Urgência de Pediatria, assim como os processos de trabalho da equipa de enfermagem

Actividades a desenvolver:

- Apresentação à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro(a) referência
- Visita ao serviço na companhia do Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro(a) de Referência
- Conversa formal com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro de Referência sobre a organização e dinâmica do serviço, em particular sobre o percurso da criança/família no serviço desde a admissão até à alta/transferência, situações mais frequentes, circuito de atendimento da criança / família, articulação com os outros serviços do hospital e com a comunidade, recursos humanos e materiais existentes, metodologia de trabalho utilizada, normas e protocolos existentes.
- Consulta de manuais, normas, protocolos e plano de actividades do Serviço
- Visita guiada ao Serviço para conhecimento da sua organização física
- Apresentação à equipa multidisciplinar
- Conversas formais com os elementos da equipa de saúde, no sentido de conhecer as características da população alvo do serviço de urgência e as suas necessidades em cuidados de enfermagem.

Objectivo 2 – Conhecer a equipa multidisciplinar

Actividades a desenvolver:

- Apresentação à equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência;
- Consulta de manuais, protocolos, normas e procedimentos existentes no serviço;
- Conversas com os elementos da equipa de saúde, no sentido de conhecer as características da população alvo do serviço de urgência e as suas necessidades em cuidados de enfermagem

Objectivo 3 - Identificar o quadro de referência das práticas de cuidados de enfermagem no SU

Actividades a desenvolver:

- Interação formal com o Enfermeiro Chefe, o Enfermeiro Tutor e restantes elementos da equipa de enfermagem sobre referenciais teóricos e valores que norteiam a prática de enfermagem no SU
- Consulta do Manual da Qualidade do serviço
- Pesquisa no site do hospital

Objectivo 4 -Desenvolver competências técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão distintas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no SU

Actividades a desenvolver:

- Observação da abordagem que o enfermeiro especialista faz à criança/família com nas diferentes áreas do SU, em particular na triagem e no SO, e das repostas específicas que dá às suas necessidades em cuidados
- Envolvimento em actividades que se relacionem com a gestão de recursos humanos e materiais
- Observação das respostas que o enfermeiro especialista dá em situações de crise e/ou conflito para a criança/família
- Reflexão sobre estratégias de resolução de conflitos e de liderança

Objectivo 5 - Aprofundar conhecimentos ao nível da intervenção do enfermeiro especialista no Serviço de Urgência.

Actividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de formação sentidas
- Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem.

Objectivo 6 - Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica ao longo do ensino clínico

Actividades a desenvolver:

- Elaboração de uma reflexão estruturada no final do estágio;
- Elaboração de um relatório

APÊNDICE XIV

Objectivos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
do Hospital São Francisco Xavier

Objetivos neonatologia:

Objetivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da UCIN, assim como os processos de trabalho da equipa de enfermagem,

Atividades a desenvolver:

- Apresentação à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro de Referência
- Visita às instalações da unidade sob a orientação do enfermeiro de referência
- Conversa com a Enfermeira Chefe e/ou Enfermeiro(a) Tutor(a) sobre organização e dinâmica do serviço, em particular sobre o percurso da criança/família no serviço desde a admissão até à transferência
- Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções.
- Consulta de manuais, protocolos, normas e procedimentos existentes no serviço;
- Consulta de manuais, normas e protocolos de atuação para identificação de projetos em curso na UCIN;
- Conhecimento dos registos informáticos
- Clarificação de dúvidas com o enfermeiro orientador

Objetivo 2 - Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem;

Atividades a desenvolver

- Pesquisa bibliográfica;
- Revisão da literatura sobre a temática
- Respeito pela ética e pelo código deontológico da profissão
- Respeito pelas crenças e valores

Objetivo 3 – Conhecer a equipa multidisciplinar

Atividades a desenvolver:

- Apresentação à equipa da unidade de Neonatologia
- Conversas formais com os elementos da equipa de saúde, no sentido de conhecer as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem;

Objetivo 4 – Desenvolver competências profissionais de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família com doença crónica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Atividades a desenvolver:

- Conversas formais com o Enfermeiro Especialista de Referencia no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referencia no planeamento e na prestação direta de cuidados à criança/família durante o internamento;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referencia na gestão dos cuidados de enfermagem;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referencia na gestão da equipa de enfermagem;
- Acompanhamento do Enfermeiro Especialista de Referencia nos processos de tomada de decisão;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referencia na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança e família;
- Colaboração com o Enfermeiro Especialista de Referencia na preparação para a alta da criança/família com doença crónica e na articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade que se revelem necessários;
- Conversas com a família da criança internada com o intuito de conhecer as suas vivências durante o processo de internamento numa unidade de cuidados intensivos.

Objetivo 5 – Aprofundar conhecimentos ao nível da intervenção de enfermagem à criança criticamente doente durante o período de hospitalização na UCIN

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de formação sentidas;
- Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem.

- Observação das intervenções do enfermeiro, no sentido de maximizar o potencial da criança e família e promoção do seu desenvolvimento

Objetivo 6 - Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na família da criança internada na UCIN

Atividades a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica
- Conversas formais com as enfermeiras especialistas ou peritas na prestação de cuidados a nível da UCIN
- Interações formais com os pais durante a prestação de cuidados
- Reflexão Crítica sobre as interações

Objetivo 7 - Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica ao longo do ensino clínico

Atividades a desenvolver:

- Elaboração de uma reflexão estruturada no final do estágio;
- Elaboração de um relatório.

APÊNDICE XV

Questionário aplicado aos Enfermeiros da unidade de
ORL/Urol

QUESTIONÁRIO

Lisboa

2013

Caro (a) colega

No âmbito do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um trabalho que tem por tema: **A Capacitação do enfermeiro na Adesão ao Regime Terapêutico da Criança em idade escolar, com patologia do Foro Urológico.**

Muito agradecia a sua colaboração no preenchimento deste questionário que tem como objetivo conhecer a capacitação da equipa de enfermagem ao regime terapêutico da criança e da família.

Não existem respostas corretas ou incorretas, por favor, responda a todas as questões.

Os dados são absolutamente confidenciais, razão pela qual não deverá assinar o questionário.

Obrigada pela sua atenção e colaboração.

Enf^ª Sofia Mendes

I. Caracterização demográfica

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: anos

3. Habilitações literárias: Licenciatura ☐ Pós-licenciatura ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐

4. Experiência profissional:

Menos de 5 anos ☐

Entre 5 e 10 anos ☐

Entre 10 e 15 anos ☐

Entre 15 e 20 anos ☐

Entre 20 e 25 anos ☐

Entre 25 e 30 anos ☐

Mais de 30 anos ☐

Para si o que significam, em termos profissionais, os seguintes conceitos:

Adesão ao regime terapêutico:

Em sua opinião que fatores poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico?

Refira algumas das estratégias que utiliza e considera eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico.

APÊNDICE XVI

Análise Temática de Conteúdo

**3.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Análise Temática de Conteúdo

Docente:

Prof. Dr.^a Maria de Lourdes Oliveira

Discente:

Judite Sofia Nunes Mendes N°4175

Lisboa

Março 2013

INDÍCE

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	4
1.1. Objetivos do Estudo	4
1.2. Seleção dos participantes	4
1.3. Aspetos éticos	4
2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	6
2.1. Dados demográficos da amostra	6
2.2. Análise e Discussão dos resultados	6
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes	6
Quadro 2 – Significados atribuídos ao conceito de adesão ao regime terapêutico	7
Quadro 3 – Factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança	9
Quadro 4 – Estratégias eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico	13

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Para a realização deste trabalho recorreu-se à análise temática de conteúdo segundo Bardin (2009), uma vez que possibilita ao investigador descobrir categorias pertinentes que permitem descrever, interpretar e retirar inferências dos discursos registados. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, constitui-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

1.1. Objetivos do Estudo:

- Conhecer as conceções dos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol acerca do conceito de Adesão ao Regime Terapêutico;
- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da Unidade relativamente aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico;
- Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros promotores da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico.

1.2 Seleção dos participantes

O pedido de colaboração aos enfermeiros deu-se início através de contacto formal, aos quais foi solicitado a resposta a algumas questões que permitiriam, não só, caracterizar a equipa de enfermagem, como atingir os objetivos previamente definidos. Como critério de inclusão foi definido o exercício de funções na unidade de ORL/Urol. Além dos objetivos previamente expostos, este trabalho tem como objetivo aferir os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à temática major em estudo pela formanda- a Adesão ao Regime Terapêutico da Criança em Idade Escolar com Patologia do Foro Urológico, de modo a delinear e desenvolver uma ação de formação subjacente à temática.

1.3 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, teve-se em conta as questões do foro ético, de modo a garantir a participação voluntária e esclarecida dos indivíduos. Neste sentido, foi solicitada autorização, por escrito, para a aplicação do questionário ao Conselho de Administração apresentando os objetivos da investigação e requerendo autorização para efetuar a aplicação do questionário aos profissionais de enfermagem da Unidade. Previamente havia sido requerida autorização à enfermeira chefe Da Unidade em questão e, mais uma vez, foram referidos o tema e os objetivos da investigação. Foram respeitados os princípios éticos da beneficência e do respeito pela dignidade humana de acordo com Polit, Beck e Hungler, (2004). O primeiro consiste em não causar danos ao outro e no respeito pela confidencialidade da informação obtida, bem como da participação, sendo a sua utilização exclusiva para a investigação. O segundo princípio diz respeito ao direito da autodeterminação e da revelação total, em que o indivíduo tem direito a tomada de decisão informada e livre para colaborar no estudo e o direito de acesso aos resultados preliminares e finais do mesmo.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Dados demográficos da amostra

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes no estudo

PARTICIPANTES	GÉNERO	IDADE	FORMAÇÃO ACADÊMICA
Q1	F	30	Pós-Licenciatura
Q2	F	27	Licenciatura
Q3	F	28	Licenciatura
Q4	F	29	Pós-Licenciatura
Q5	F	51	Licenciatura
Q6	F	31	Pós-Licenciatura
Q7	F	28	Licenciatura
Q8	F	42	Licenciatura
Q9	F	45	Licenciatura
Q10	F	30	Pós-licenciatura
Q11	F	32	Licenciatura

A equipa de enfermagem é atualmente constituída por 13 enfermeiros, sendo a população alvo 12 enfermeiros por se excluir a formanda. A amostra do estudo é constituída por 11 enfermeiros, todos do género feminino, o que dá uma percentagem de colaboração de 91%. As idades dos participantes variam entre os 27 e os 51 anos, com uma média de idades de 35 anos. Quanto à experiência profissional, 7 dos participantes têm uma experiência entre 5 e 10 anos; 3 tem entre 15 e 20 anos, inclusive; e apenas 1 possui entre 25 e 30 anos de experiência profissional. Todos os participantes são licenciados em enfermagem e 4 enfermeiros possuem pós-licenciatura.

2.2. Resultados e Análise dos resultados

De acordo com Bardin (2009, p. 122), entende-se por corpus de análise “ (...) o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, sendo, neste caso, constituído pelos questionários realizadas aos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol. Para análise dos questionários procedeu-se a uma primeira leitura flutuante das transcrições, de onde emergiram alguns temas principais. Posteriormente, realizou-se uma leitura em maior profundidade, com vista à elaboração de uma grelha de codificação do material empírico, isto é, à identificação de categorias e de sub-categorias, o que, na perspetiva de Vala (1986) citado por Bártolo (2007, p. 73) consiste na “ (...) desmontagem de um discurso e (...) produção de um novo discurso.”. A delineação das categorias resulta, essencialmente, de uma interação entre o quadro teórico de partida e os dados recolhidos, as quais têm como principal objetivo organizar o material adquirido nos questionários, para reforçar a compreensão das perceções dos enfermeiros acerca do tema em estudo.

O pré-teste do questionário foi realizado a uma enfermeira que que aceitou colaborar nesta fase do trabalho. A enfermeira exerce funções na Consulta Externa de Otorrinolaringologia, mas anteriormente exerceu funções na Unidade de Orl/Urol. A análise dos resultados deste questionário, e o parecer positivo da mesma enfermeira, permitiu concluir que se adequava aos objetivos do estudo, pelo que não houve necessidade de o reajustar. Além da aplicação do questionário à enfermeira da consulta, o mesmo foi analisado pela enf^o chefe da unidade, tendo sido obtido parecer positivo.

Posteriormente, os questionários foram aplicados no período entre 24 de janeiro e 15 de fevereiro de 2013, aos enfermeiros que exerciam funções na unidade de ORL/Urologia, local de estágio e de exercício de funções laborais da formanda e que aceitaram colaborar no estudo.

➤ 1º Questão: Significados atribuídos ao conceito de adesão ao regime terapêutico pelos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol:

Da análise dos questionários sobre o significado atribuído ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico surgiram três categorias, como se pode ver no quadro seguinte:

Quadro 2 – Significados atribuídos ao conceito de adesão ao regime terapêutico

CATEGORIAS
Aceitação
Cumprimento
Prescrição

Para os inquiridos os significados atribuídos ao conceito de Adesão ao Regime Terapêutico estende-se desde a Aceitação (Q1, Q2, Q6, Q7, Q10 e Q11), Cumprimento (Q1, Q2, Q3, Q8, Q9, Q10 e Q11) e Prescrição (Q1, Q2, Q3, Q7, Q8 e Q10).

No que se refere à categoria **Aceitação** foi referido como sendo:

“aceitação e cumprimento da terapêutica prescrita” (Q1); *“aceitação esclarecida”* (Q1); *“inserida na vida”* (Q2); *“aceitação de todos os cuidados e procedimentos que necessitem ser prestados”* (Q6); *“aceitação e seguimento por parte dos doentes dos planos de tratamento”* (Q7) e *“a forma como cada individuo aceita a sua doença (...) com a aceitação este respeita os tratamentos, horários, terapêutica, etc”* (Q10)

A categoria, **Cumprimento**, foi também considerada por sete inquiridos, como parte da definição de adesão ao regime terapêutico tal como se verifica nos seguintes exemplos:

“cumprimento da terapêutica prescrita” (Q1); *“o cumprimento de uma prescrição (farmacológica ou não)”* (Q2); *“probabilidade do doente seguir o tratamento recomendado”* (Q3); *“...refere-se quando as indicações médicas/enfermagem (profissionais de saúde) são cumpridas* (Q8); *“significa que a criança/família cumpre ou não as prescrições de saúde”* (Q9) e *“é a forma como cada individuo aceita a sua doença (...) com a aceitação este respeita os tratamentos, horários, terapêutica, etc”* (Q10).

Por outro lado, a categoria **Prescrição** para seis elementos constitui o significado de adesão ao regime terapêutico, como se pode constatar pelos seguintes exemplos:

“terapêutica prescrita pelo médico” (Q1); *“é o cumprimento de uma prescrição (farmacológica ou não)”* (Q2); *“probabilidade do doente seguir o tratamento recomendado”* (Q3); *“aceitação (...) dos planos de tratamento definidos pela equipa de saúde”* (Q7); *“refere-se quando as indicações*

médicas/enfermagem (profissionais de saúde) são cumpridas (...) podendo referir-se a medicação, dieta, exercício, alteração dos hábitos de vida (Q8); “significa que a criança/família cumpre ou não as prescrições de saúde” (Q10).

Apesar das categorias apresentadas, é importante realçar que nenhum dos enfermeiros considerou como significado de adesão ao regime terapêutico as categorias a Aceitação, Cumprimento ou Prescrição de modo isolado. Existe integração de pelo menos duas categorias. Estes significados encontram-se em consonância com a literatura, na qual se verifica a definição deste fenómeno como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao, 2008). Do mesmo modo, Almeida, Versiani, Dias, Novaes e Trindade (2007) definem “ como um conjunto de comportamentos: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito” (p.59). Pode-se inferir que os significados atribuídos pelos participantes sugerem uma conotação negativa, sugerindo passividade e submissão do indivíduo às prescrições, estando todo o poder na pessoa que prescreve, contudo está adequada ao descrito na literatura sobre a temática.

➤ **2ª Questão: fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico**

A questão exposta anteriormente diz respeito aos fatores que podem influenciar o processo de adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico. Da análise das respostas surgiram seis categorias apresentadas no quadro que se segue:

Quadro 3 – Factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança.

Categorias	Sub-categorias
Comunicação	Explicação à criança/família
	Empatia
Fatores sociais e económicos	Apoio socioeconómico

Capacidade da pessoa doente	Conhecimentos e compreensão sobre a doença
	Dor, <i>stress</i> e medo de desconhecido
	Envolvimento da família
	Idade
	Características pessoais da pessoa
Relacionados com o tratamento	Tipo de tratamento
Cuidados de Enfermagem	Uniformização dos cuidados

Da análise das respostas dos participantes à questão enunciada anteriormente foram identificadas seis categorias: **comunicação; fatores sociais e económicos; capacidade da pessoa doente; relacionados com o tratamento e cuidados de Enfermagem.**

A categoria que inclui os aspetos relacionados com a **comunicação** é determinada por duas sub-categorias: a **explicação à criança/família** e a **empatia**. Relativamente à primeira sub-categoria, **explicação à criança/família**, os enfermeiros fazem referência à explicação da patologia da criança, do regime terapêutico e o esclarecimento de dúvidas. São exemplificativos desta sub-categoria os seguintes excertos:

“explicação à criança/família adequada à idade e situação clínica da criança com (...) comunicação assertiva” (Q1).

“esclarecimento de dúvidas” (Q10).

“informação sobre a patologia e o regime terapêutico (...) comensinos progressivos/faseados” (Q11).

O estabelecimento de **empatia** foi referido por dois participantes, constituindo-se como a segunda sub-categoria da categoria comunicação, fazendo referência à importância do “*estabelecer relação empática e de ajuda com a criança/família para promover a sua adesão*” (Q6), e para a existência de “*empatia com os profissionais de saúde*” (Q10).

Com a segunda categoria, **fatores sociais e económicos**, evidenciou-se a importância para os inquiridos do **apoio socioeconómico**, surgindo esta última como uma sub-categoria. Quatro dos participantes, referem a importância do “*apoio socioeconómico e familiar*” (Q7), “*das condições económicas e do suporte na comunidade*” (Q8) e “*factores sociais e económicos*” (Q10), bem como o “*contexto social e escolar*” (Q11) da criança.

Em relação à terceira categoria, **capacidade da pessoa doente**, emergiram seis sub-categorias: **conhecimentos e compreensão sobre a doença; dor, stress e medo do desconhecido; envolvimento da família; idade e características pessoais da pessoa**.

Os **conhecimentos e compreensão sobre a doença** foram referidos por quatro participantes, realçando a importância de conhecimentos e compreensão sobre aspetos relacionados com a doença. Esta importância é verificada nas seguintes transcrições:

“*compreensão dos benefícios para a saúde (...)compreensão de todos os mecanismos envolvidos e etapas*” (Q2).

“*conhecimentos sobre a doença*” (Q8).

“*conhecimento que a criança/família têm sobre a doença*” (Q9).

“*conhecimentos sobre a patologia (...) esclarecimento de dúvidas*” (Q10).

A **dor, stress e medo do desconhecido** foi realçado por três enfermeiras, provavelmente associada à existência de manipulação física (ensino e treino dos cateterismos vesicais), que na fase inicial pode ser interpretada pela criança como agressão. Esta é exemplificada nos seguintes excertos: “*o stress, o medo do desconhecido, a ansiedade quanto à sua doença e recuperação*” (Q4); “*o stress, a dor e o desconhecido*” (Q5) e “*dor, stress, o medo do desconhecido*”(Q6).

O **envolvimento da família** surge associado à capacidade da pessoa doente, na medida que a “*estrutura familiar*” (Q11) e o “*envolvimento e apoio da família e sociedade*” (Q10 e Q2) são importantes para o sucesso da adesão ao regime terapêutico.

A sub-categoria, **idade**, evidenciada por quatro dos participantes, surge essencialmente associada à importância da adaptação dos ensinamentos e o grau de envolvimento da criança na tomada de decisão relativo ao regime terapêutico, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, como pode ser comprovado nas seguintes transcrições:

“explicação à criança/família adequada à idade” (Q1).

“idade”(Q7)

“estádio de desenvolvimento, alterações da autoestima e autoimagem” (Q7).

“idade e experiências negativas/positivas anteriores” (Q9)

Como **características pessoais da pessoa**, os inquiridos realçaram aspetos relacionados com as crianças, valores e motivação como exemplifica o seguinte excerto: *“ atitudes e crenças destas assim como fatores cognitivos e emocionais. A desconfiança/ansiedade/medo/falta de motivação ”* (Q9). Outros aspetos relacionados com esta sub-categoria são a *“aceitação da doença ”* (Q10), *“autoimagem, autoestima e sentido de responsabilidade como capacidade de dar resposta às necessidades”* (Q11); *“características pessoais da pessoa”* (Q3); *“alterações da auto-estima e auto-imagem”* Q7 e motivação (Q8).

Como quarta categoria elevam-se para oito dos inquiridos, aspetos **relacionados com o tratamento**. Esta categoria agrupa um conjunto de condicionantes que podem afetar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, por parte da criança com patologia do foro urológico. Como sub-categoria emergiu **o tipo de tratamento**, de acordo com os participantes, pode afetar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, na medida em que a sua complexidade, pode alterar as atividades de vida diárias da criança e família (Q2 e Q9). A possibilidade da realização do tratamento poder provocar dor, também é referido por três participantes (Q4, Q5 e Q6), bem como a *“alteração da autoimagem e os resultados esperados* (Q8) e *“características inerentes ao medicamento – sabor, textura”* (Q3).

A última categoria definida, **cuidados de enfermagem**, que foi associada à **uniformização dos cuidados** foi destacada por uma enfermeira como fator importante ao referir: *“uniformização dos cuidados e ensinamentos de enfermagem”* (Q11).

Da análise das respostas respeitantes a esta questão realçam-se os seguintes aspetos:

A equipa de enfermagem tem presente na sua prestação de cuidados a existência de fatores que condicionam a adesão ao regime terapêutico na criança. De um modo geral os participantes conseguiram identificar alguns desses mesmos fatores, contudo, sem alcançarem elevado grau de especificação sobre os mesmos. No entanto, através do questionário foram identificados como fatores importantes os aspetos **sociais e económicos, a capacidade da pessoa doente e aspetos relacionados com o tratamento**. Os factores identificados nesta

análise, estão de acordo com os estudos realizados por Byrne (2002) e Murphy (2003) referidos por Silva (2005). Segundo os autores, a adesão é influenciada pela complexidade do regime prescrito, pelos efeitos secundários que causam. Entreos efeitos secundários, encontram-se as alterações corporais, referidas pelos participantes no estudo. Byrne (2002) e Murphy (2003) citados por Silva (2005) fazem referência às condições sociais difíceis, ao sistema de crenças familiar, à angústia psicológica, depressão, dificuldades com as rotinas diárias e percepção da família sobre o valor da medicação. Como tal a percepção dos enfermeiros participantes no estudo está de acordo com a literatura. Por outro lado, Cabral e Silva (2010) classificam em três dimensões os grupos de fatores que influenciam o fenómeno em estudo, sendo estes os **fatores demográficos, sociais e económicos**; os **fatores relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito** e os **fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde**. Segundo esta classificação, alguns aspetos identificados pelos participantes como a idade, as características pessoais da pessoa, apoio socioeconómico, envolvimento da família entre outros, ficam inseridos nos fatores demográficos, sociais e económicos. Segundo WHO (2003), os fatores sociais, económicos e culturais, constituem um grupo isolado.

Da análise da informação obtida através do instrumento de colheita, surgiu como fator importante os aspetos **relacionados com a patologia**. Segundo Cabral e Silva (2010), a patologia integra uma dimensão específica, os **fatores relativos à doença e ao regime terapêutico**. A gravidade da doença; a severidade dos sintomas; a cronicidade das patologias; a ausência de sintomatologia ou condições assintomáticas moderadas; a existência de uma ou mais doenças concomitantes condicionam de diversas formas, não só a adesão à terapêutica, mas também os comportamentos dos médicos e cuidadores, bem como as relações entre todos os agentes envolvidos no processo de tratamento. A WHO (2003) utiliza uma classificação semelhante.

Os cuidados de enfermagem constituem uma categoria neste estudo, no entanto, na literatura estes são considerados importantes, mas nunca categorizados de modo isolado. Os cuidados de enfermagem, de acordo com a classificação de Cabral e Silva (2010) ficam inseridos nos **fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde**. Na literatura, a importância desta relação é cada vez mais reconhecida como determinante para a adesão ao regime terapêutico. A WHO (2003) enfatiza a importância dos serviços e dos

profissionais de saúde, na qual se encontra a equipa de enfermagem e os cuidados que presta. Em suma, embora encontremos os fatores identificados pela equipa de enfermagem agrupados de forma ligeiramente diferente, de acordo com vários autores, todos eles abordam a complexidade do tratamento, as características da personalidade, a autoestima, as crenças, a idade, a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o utente, o suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros, como variáveis que interferem na adesão. Para além desta multiplicidade de fatores, existe evidência que não atuam de forma isolada, mas agrupam-se de diversas formas o que vai despoletar diferentes níveis de adesão (Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

➤ **3º Questão - Refira algumas das estratégias que utiliza e considera eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico.**

Da análise das respostas à 3ª questão, surgiram seis categorias apresentadas no quadro que se segue:

Quadro 4 – Estratégias eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico.

Categorias	Sub-categorias
Intervenções educacionais	Sessões de Educação
	Brincar e recursos materiais
	Comunicação
Intervenções comportamentais	Reforço
	Negociação
	Apoio
	Disponibilidade
Relação enfermeiro – paciente.	Estabelecer Relação

Esta questão remete para as estratégias, utilizadas pelos enfermeiros, que nas suas perspetivas podem facilitar adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico. Divide-se em três categorias: **intervenções educacionais; intervenções comportamentais e relação enfermeiro – paciente.**

A primeira categoria, **intervenções educacionais**, está associada a aspetos relacionados com a realização de **sessões de educação**; a utilização do **brincar** e de **recursos materiais e comunicação**, constituindo-se como as suas sub-categorias.

As **sessões de educação**, referidas por quatro participantes, surgem “*como modo de desmistificar os cuidados e o tratamento, bem como “incentivo à troca de experiências”*” (Q2). A mesma participante realça a promoção de momentos de contacto entre pares com este fim (Q2). Para os restantes participantes, estas sessões têm o propósito de:

“informar e fundamentar o regime terapêutico” (Q11); *“explicar de forma eficaz o que vai ser feito (...) e para que serve”* (Q4).

A utilização **brincar e de recursos materiais**, elencados por quatro enfermeiras, estão relacionadas com o “*providenciar material de suporte à aprendizagem (...) utilização de jogos didáticos sobre temas relacionados*” (Q11) sendo exemplos desta acção a “*entrega de folhetos e visualização de imagens*” (Q10); “*utilização do brinquedo terapêutico*” (Q8) e da “*distracção; brincadeira terapêutica e jogos*” (Q9); “*recurso à ludoterapia*” (Q5). Todas essas actividades referidas pelos participantes são utilizadas para promover o ensino e adesão ao regime terapêutico.

A **comunicação**, referida por 5 participantes, está relacionada com a utilização da “*comunicação assertiva*” (Q1). Outro participante enfatiza a utilização de “*comunicação eficaz explicando antecipadamente todos os procedimentos a realizar*” (Q6). O participante (Q9) partilha da mesma perceção, contudo, utiliza uma terminologia diferente ao referir a “*utilização de linguagem clara e esclarecedora*”. Englobada nesta sub-categoria encontra-se a “*promoção de um ambiente tranquilo, divertido e com privacidade (...) dirigir os ensinamentos à criança e o consentimento*” (Q11), de modo a aprimorar a participação da criança e consequentemente da relação enfermeiro-paciente/família.

Relativamente à segunda categoria identificada, **intervenções comportamentais**, qualificaram-se as seguintes sub-categorias: **reforço, negociação, apoio e disponibilidade**. O **reforço** foi referido por 3 enfermeiras, uma vez que referem utilizar “*reforço positivo*” (Q2), “*o elogio*” (Q3) e “*feedback positivo*” (Q11) durante a sua prestação de cuidados. A **negociação** foi identificada pelos participantes durante a negociação de métodos e do próprio plano de regime terapêutico (Q8 e Q11). As sub-categorias **apoio e disponibilidade** evidenciam-se respetivamente pela referência ao proporcionar, por parte dos profissionais, de “*suporte e apoio psicoemocional quer da criança quer da família*” (Q7), pelo “*demonstrar disponibilidade/compreensão*” (Q9) e pela “*criação de empatia e demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas*” (Q10).

A **relação de ajuda** (Q1) é valorizada por cinco participantes como estratégia utilizada durante a prestação de cuidados, de modo a envolver a criança e família no plano terapêutico (Q9) e “*para o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança*” (Q11). Englobada nesta sub-categoria, surge a “*parceria de cuidados*” (Q8), visto ser inerente a esta, o estabelecimento de uma relação entre todos os intervenientes.

A análise das respostas dos participantes revela alguns conhecimentos relativamente a algumas intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico. Identificou-se a utilização de **intervenções educacionais**, nomeadamente **sessões de educação, brincar e recursos materiais e comunicação; Intervenções comportamentais** nas quais se inserem o **reforço, a negociação, o apoio e a disponibilidade** e a relação **enfermeiro – paciente**. De acordo com a literatura, nomeadamente Franco, Branco, Conceição, Oliveira e Silva (2007) que propõem a utilização de *intervenções de carácter afetivo*, nas quais estão incluídas acções de consultadoria/aconselhamento, visitas domiciliárias e redes de suporte familiar e social. Os mesmos autores propõem, de igual modo, o recurso a *intervenções de carácter comportamental*, que está relacionada com o questionar das pessoas sobre a adesão em cada encontro; estabelecimento de objetivos e assegurar que existe capacidade cognitiva e instrumental para a adesão ao regime terapêutico (Franco, Branco, Conceição, Oliveira e Silva, 2007). As *intervenções de carácter educacional* listadas pelos autores anteriores, dizem respeito à informação transmitida verbalmente e por escrito, acerca dos benefícios e propósitos do regime terapêutico. As perceções dos participantes enquadram-se nas referências literárias sobre a temática.

Após a interpretação da informação recolhida constata-se a importância que os participantes dão ao estabelecimento de relação entre o enfermeiro e o cliente como estratégia de intervenção. Esta importância é suportada pela literatura. Giorgi (2006) e Oliveira et al. (2007) citados por Dias (2011) realçam a importância do relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências. Por outro lado, Santos (2008) citado por Dias (2011) refere que o défice na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes dificulta a exposição das opiniões relativamente ao tratamento por parte do doente. Devido a esta falta de comunicação mantêm-se as falsas crenças que os doentes têm em relação à terapêutica, comprometendo a relação de confiança que deveria existir entre profissional de saúde-paciente. Cabral e Silva (2010) reconhecem como determinantes para a adesão à terapêutica a confiança que o paciente tem no tratamento em si, mas também a qualidade do vínculo que o doente estabelece com o médico e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral. A **comunicação** foi, do mesmo modo, considerada importante pelos participantes, contudo, foi separada da relação enfermeiro-paciente. Na literatura, a comunicação surge como parte integrante e condicionante do estabelecimento da relação entre profissional-cliente, uma vez que a possibilidade de os pacientes se pronunciarem sobre os tratamentos e a disponibilidade dos médicos para os escutarem revelam-se decisivas para a adesão ao regime terapêutico (Cabral & Silva, 2010). Os mesmos autores referem que estudos realizados em Espanha permitem evidenciar a importância da comunicação para os diferentes modelos de relação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo respondeu aos objetivos gerais previamente definidos. A amostra tendo sido determinada no contexto da unidade de internamento não pode ser considerada representativa, nem se podem generalizar os resultados, por este motivo, não se procurou criar condições de representatividade e de significância estatística. O trabalho apresentado permite, apenas, ter uma ideia geral dos conhecimentos e percepção dos participantes.

A análise das respostas obtidas para o primeiro objetivo - **Identificar as concepções dos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol acerca do conceito de Adesão ao Regime terapêutico**- permitiu perceber que a maioria dos entrevistados não tem uma definição pré-concebida do conceito de adesão ao regime terapêutico. Existem algumas noções sobre o mesmo, mas não existe uma definição aprofundada, com ênfase na sua dimensão multifatorial.

Relativamente ao segundo objetivo - **Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da Unidade relativamente aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico**- as respostas encontram-se ao mesmo nível. Constata-se que fatores relacionados com aspetos sociais e económicos, com a capacidade da pessoa doente e com o próprio tratamento instituído sendo considerado importante pela maioria dos enfermeiros. Os cuidados de enfermagem foram considerados importantes com condicionante da adesão, mas apenas por um dos participantes. Para a maioria dos enfermeiros os fatores de adesão são predominantemente internos ao indivíduo ou seja relacionado com as suas competências para gerir o regime (aspetos relacionados com a idade, sexo, medo, desconforto, crenças e capacidades individuais). Fatores relacionados com os próprios serviços de saúde e profissionais foram pouco elencados pelos participantes.

O segundo objetivo - **Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros promotores da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico**- foi atingido. As categorias que surgiram estavam relacionadas com intervenções educacionais, comportamentais e relacionais. Estas categorias estão de acordo com a literatura em estudo. No entanto, muitas das intervenções mais eficazes não são conscientemente identificadas pela equipa de enfermagem existindo uma certa dificuldade em proceder à identificação das mesmas. Apesar

de estarem inseridas de um modo generalizado algumas intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico à criança em meio hospitalar, considera-se que para dar continuidade a este processo será essencial que todos os enfermeiros dentro da equipa sejam integrados ativamente na definição de estratégias, mais eficazes, na criança com patologia do foro urológico. É fundamental que os enfermeiros comecem a dar visibilidade às intervenções que realizam durante a prestação de cuidados à criança hospitalizada com regimes terapêuticos complexos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contextos de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climeps.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *Conclusões a adesão ao regime terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M., Neves, A. P., Pinto, A. F., Silva, A. S., et al. (Junho de 2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 201-219.
- Fielding, D., & Duff, A. (1999). *Compliance with treatment protocols: interventions for children with chronic illness*. Obtido em 5 de abril de 2013, de group.bmj.com: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1717817/>
- Franco, J. N., Branco, J. C., Conceição, M. A., Oliveira, P. A., & Silva, P. M. (abril/maio/junho de 2007). Adesão ao regime terapêutico: importância da relação enfermeiro-cliente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, p. 1923.
- Renders, C. M., Renders, C. M., Valk, G. D., Griffin, S. J., Wagner, E. H., van, J. T., et al. (outubro de 2001). *Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings - a systematic review*. Obtido em 20 de janeiro de 2013, de <http://care.diabetesjournals.org/content/24/10/1821.full.pdf>
- Adesão ao regime terapêutico em crianças infetadas pelo VIH/SIDA-Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (4), 1-23. Obtido em 5 de abril de 2012 de <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169659.PDF>
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. (Dezembro de 2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, pp. 59-67.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies- Evidence for action*. Obtido em 20 de março de 2012, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

APÊNDICE XVII

Plano de sessão do Projecto de Intervenção

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: “Capacitação do Enfermeiro na adesão ao Regime Terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico”

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem da Unidade de ORL/Urol do HDE

LOCAL: Centro de Formação

DATA: A definir

DURAÇÃO: 60 minutos

FORMADORA: Sofia Mendes

OBJECTIVOS GERAIS: - Apresentar à equipa de enfermagem o projecto de intervenção clínica desenvolvido no âmbito da pós-licenciatura

- Fundamentar a importância da adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico

Objectivos Específicos:

- Fazer o enquadramento teórico, relembrando alguns conceitos
- Compartilhar com o grupo o interesse e a importância de implementar o programa de intervenção
- Identificar as principais áreas de intervenção do enfermeiro na Adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico
- Apresentar estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico
- Apresentar à equipa os resultados do questionário aplicado

Fases da Sessão	Conteúdos	Metodologia/ Recursos	Duração	Prelector
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do formador• Justificação do tema• Apresentação dos objectivos da sessão• Apresentação da metodologia	Método Expositivo Recursos Data show	10 Minutos	Sofia Mendes

	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos assuntos a abordar 			
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática e sua justificação • Apresentação dos resultados do questionário • Enquadramento teórico: <ol style="list-style-type: none"> 1. A criança com doença crónica – patologia urológica 2. A criança em idade escolar 3. A adesão ao regime terapêutico 4. Modelos explicativos do fenómeno de adesão (modelo das crenças de saúde, teoria da aprendizagem social, teoria do locus de controlo da saúde 5. Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado 6. Cuidados Centrados na Família • Estratégias de promoção de adesão 	<p>Método Expositivo</p> <p>Recursos Data show</p>	30 Minutos	Sofia Mendes
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão da sessão • Síntese dos assuntos • Discussão 	<p>Método Expositivo Participativo</p> <p>Recursos Data show</p>	10 Minutos	Sofia Mendes
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega dos documentos de avaliação • Recolha e análise dos documentos de avaliação • Agradecimentos 	<p>Método Participativo</p>	10 Minutos	Sofia Mendes

APÊNDICE XVIII

Apresentação do Projecto de Intervenção

ESELO
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Projecto de Intervenção Clínica

Capacitação do enfermeiro na Adesão ao Regime Terapêutico da Criança em idade escolar, com patologia do Foro Urológico.

Discente: Judite Sofia Mendes nº
4175
Docente: Prof.ª Maria de
Lourdes de Magalhães Oliveira

Pertinência do Tema –dados do HDE

- Dificuldades em obter aceitação, adesão inicial e respectiva manutenção à posteriori
- Elevado número de re-internamentos aliados ao não cumprimento do plano terapêutico
- Diferentes processos e métodos de trabalho na equipa
- Mobilizar conhecimentos/estratégias promotores adequar à fase de desenvolvimento e família
- Interesse pessoal, e necessidade identificada pela restante equipa de enfermagem no plano de acção

CONTEÚDOS

Apresentação dos resultados do questionário

CONTEXTUALIZAÇÃO

Justificação/pertinência da área temática

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Doença crónica na criança
Adesão ao regime terapêutico
A criança em idade escolar
Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Déficit de Autocuidado
Cuidados Centrados na Família

OBJECTIVOS do PROJECTO e PERCURSO PERCORRIDO

Objectivos Gerais E Objectivos específicos - Locais de Estágio
Estratégias promotoras de adesão ao Regime terapêutico

Pertinência do Tema:

- Impacto sobre a tomada de decisão clínica, morbilidade e resultados do tratamento - Apenas 50% das crianças aderem ao tratamento prescrito e 25 % a 30% dos adolescentes apresentam adesão adequada (Hommel et al., 2010)
- Taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres;
- Impacto económico das doenças crónicas, a nível mundial ↑ até 2020

2020 → 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo

WHO, 2003

Pertinência do Tema- Dados do HDE:

- Elevado número de crianças com patologia urológica - VUP, SB e Extrofia da Bexiga
- Para aumentar qualidade vida destas crianças/famílias, é proposto a implementação de um regime terapêutico
- 200 crianças com este regime terapêutico- destes 42 foram intervencionados cirurgicamente

Pertinência do Tema:

Após análise de quatro décadas de pesquisa sobre a adesão, os seus determinantes e intervenções levou a WHO (2003) a emitir **um conjunto mensagens ou recomendações** com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o **"estado da arte"**, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico

Pertinência do Tema:

Os pacientes precisam de ser apoiados, não culpabilizados e repreendidos;

As consequências da baixa adesão aos tratamentos de longo prazo são resultados negativos nos indicadores de saúde e elevados custos económicos

Melhorar a adesão também aumenta a segurança do paciente

A adesão é um modificador importante da eficácia do sistema de saúde;

As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas

fppt.com

WHO, 2003

1ª Questão: Significados atribuídos ao conceito de adesão ao regime terapêutico pelos enfermeiros da Unidade de ORL/Urol

CATEGORIAS

Aceitação

Cumprimento

Prescrição

fppt.com

Pertinência do Tema:

Melhorar a adesão pode ser o melhor investimento para combater condições crónicas e ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos;

Os sistemas de saúde devem evoluir para atender a novos desafios; O impacto da baixa adesão cresce à medida que o fardo das doenças crónicas cresce mundialmente;

Uma abordagem multidisciplinar para a adesão é necessária. A família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas na melhoria da adesão;

Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão

fppt.com

WHO, 2003

2ª Questão :Em sua opinião que fatores poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico?

fppt.com

Resultados do Questionário

fppt.com

Categorias	Indicadores
Comunicação	Explicação à criança/família Empatia
Fatores sociais e económicos	Apoio socioeconómico
Capacidade da pessoa doente	Conhecimentos e compreensão sobre a doença Dor, stress e medo de desconhecido Envolvimento da família Idade Características pessoais da pessoa
Relacionados com o tratamento	Tipo de tratamento
Cuidados de Enfermagem	Uniformização dos cuidados

3º Questão - Refira algumas das estratégias que utiliza e que considere eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico

Doença crónica:

Os avanços tecnológicos contribuíram para número um número crescente de adolescentes com necessidades de saúde especiais (Prazeres (2006))

Requerem cuidados contínuos e de adaptação orientados para o tratamento sintomático

Opperman & Cassandra (2001)

Viver com a sua doença pode ser esmagador e levar um baixo desenvolvimento psicossocial e a altos níveis de angústia.

(Robyn, Crisp e Steinbeck (2003),

Cuidados centram-se na gestão da doença e na adesão ao regime terapêutico. Remete para a família e criança, de acordo com o seu desenvolvimento, a responsabilidade de aplicar o tratamento e monitorizar a doença.

Robyn, Crisp e Steinbeck (2003)

Desafio para os profissionais de Saúde

Categorias	Unidades de Registro
Intervenções educacionais	Sessões de Educação
	Brincar e recursos materiais
	Comunicação
Intervenções comportamentais	Reforço
	Negociação
	Apoio
	Disponibilidade
Relação enfermeiro -paciente	Estabelecer Relação

Doença crónica na criança com patologia urológica

"tem um impacto significativo em todos os aspectos do funcionamento e, consequentemente, da qualidade de vida (...), existem encargos adicionais de ajustes psicológicos e baixa auto-estima. O isolamento social não é incomum, como consequência da mobilidade pobre, baixa auto-estima, e é composta por questões de incontinência" (Özek, Cinalli, & Maixner, 2008, p. 342)

Doença crónica:

"Doença que tenha uma ou mais das seguintes características: seja permanente, deixa incapacidade residual, seja causada por alteração patológica irreversível, requer adaptação especial do paciente para a reabilitação, que inclui ou no qual pode ser esperado um longo período de observação, supervisão ou cuidado "

Who, 2003

Criança em Idade Escolar

- Segundo Papalia, Olds, & Feldman (2001), a idade escolar corresponde aos anos intermédios da infância, compreendidos aproximadamente entre os 6 aos 11 anos.
- Para Hockenberry et al. (2006) é o período compreendido entre os 6 e os 12 anos de idade.
- A escola constitui a experiência central desta fase de vida, sendo fulcral para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. As crianças desenvolvem competências em todos os domínios.
- Ávidas por desenvolver habilidades e participar de modo significativo e socialmente útil.
- Indústria /Inferioridade
- Trajecto em direcção à independência dos adultos.

Adesão ao regime terapêutico

Compliance - tem uma conotação negativa, sugerindo passividade e submissão do indivíduo às prescrições, estando todo o poder na pessoa que prescreve

Adherence - sugere uma participação mais activa da pessoa no processo de decisão incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde

Conceito evoluiu da doença e da prescrição clínica para os conselhos de saúde, com envolvimento do indivíduo neste processo.

Myers & Midence, 1998; Vermeire & et al., 2001 citado por Machado, 2009).

Adesão ao regime terapêutico

Alguns modelos com contributos para melhor compreender e explicar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico no âmbito das doenças crónicas.

Modelo de crenças de saúde

Teoria da Aprendizagem Social

Teoria do locus de controlo para a saúde

Adesão ao regime terapêutico

"A medida em que o comportamento de uma pessoa - a tomar medicação, seguir uma dieta, e / ou execução de mudanças no estilo de vida, corresponde com as recomendações acordadas a partir de um prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003 p.3)

A medida em que o comportamento da pessoa é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Abrange comportamentos alargados relacionados com a saúde, além de tomar a medicação prescrita, assumir comportamentos relacionados com a autogestão da doença e prevenção de complicações. (Margato, 2010)

Swanson

De acordo com a teoria de médio alcance de Swanson (1991), cuidar é:

"Uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis" (p. 354).

Conduz ao desenvolvimento, quer de quem cuida, quer de quem é cuidado.

Adesão ao regime terapêutico:

De acordo com a WHO (2003) e Machado (2009) - Adesão a regimes terapêuticos de longa duração é um processo dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por cinco grupos de factores/determinantes da adesão com influência variável:

Factores relacionados com o sistema de saúde, os serviços e os profissionais de saúde

Factores sociais, económicos e culturais

Factores relacionados com a pessoa doente

Factores relacionados com a doença

Factores relacionados com o tratamento

Swanson

Apresenta cinco categorias ou processos de cuidar:

Conhecer

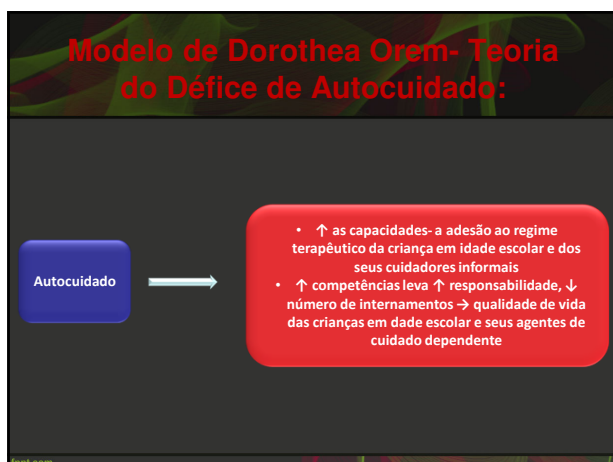
Fazer por

Estar com

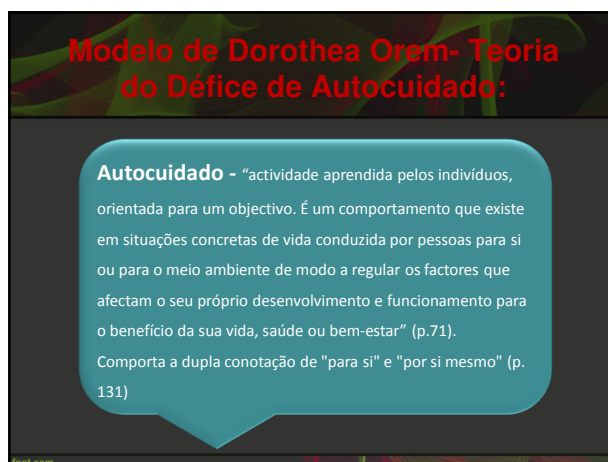
Possibilitar

Manter a Crença

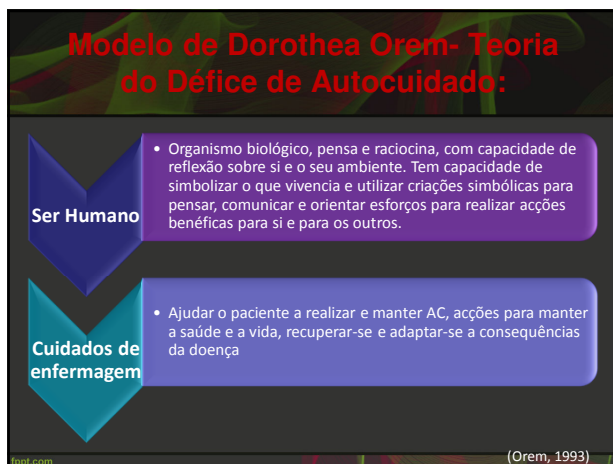
Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado:



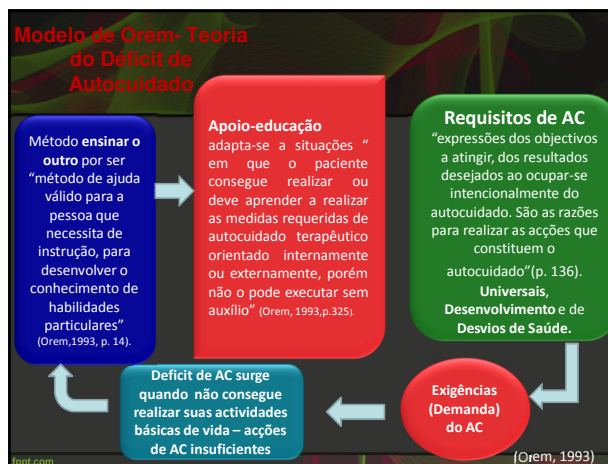
Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado:



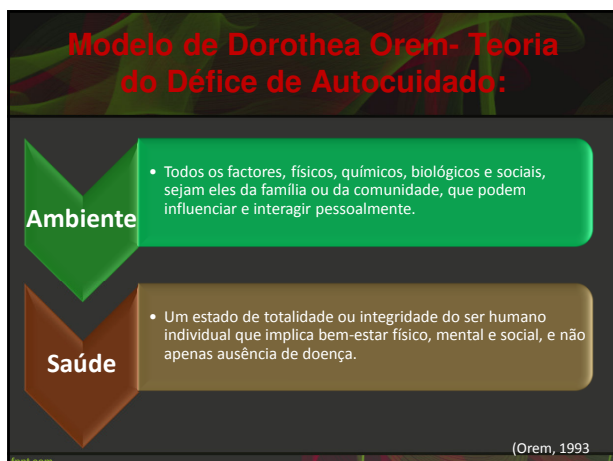
Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado:



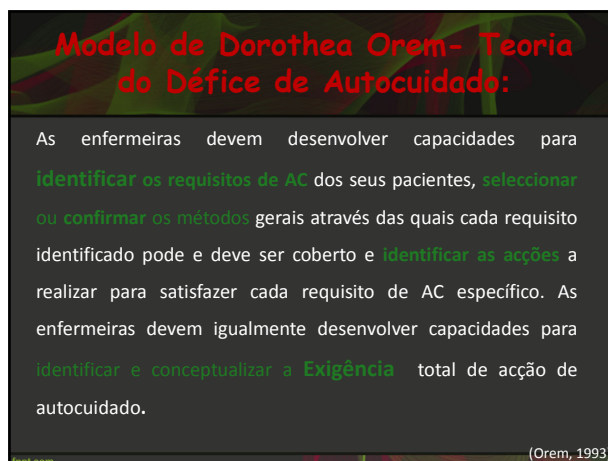
Modelo de Orem- Teoria do Déficit de Autocuidado



Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado:



Modelo de Dorothea Orem- Teoria do Défice de Autocuidado:



Cuidados Centrados na Família

Promoção da parceria entre os pais e os profissionais de saúde na prestação de cuidados à criança."
(Bradly citado por Smith et al. 2002)

"CCF é uma forma de cuidar, da família e da criança, nos serviços de saúde, que garante que os cuidados são planeados em torno de toda a família e não apenas da criança/pessoa. Todos os membros da família são receptores de cuidados."
(Shields, Pratt & Hunter, 2006)

Objectivos Gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da promoção da adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e família com patologia do foro urológico.
- Desenvolver um Programa de Intervenção a nível da equipa de Enfermagem da Unidade de ORL/Urologia relativo à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar, com patologia do foro urológico.

Cuidados Centrados na Família

Princípios

- Respeitar cada criança e a sua família e as suas diferenças;
- Respeitar a diversidade da raça, etnia, cultura e condição; socioeconómica, assim como a sua influência na percepção dos cuidados - as famílias são únicas
- Os pais conhecem melhor os filhos e querem o melhor para eles
- Parceria e colaboração
- Negociação
- Cuidados inseridos no Contexto Familiar e Comunitário;

(Özek, Cinalli, & Maixner, 2008).; Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons e Neff (2011);

Objectivos Específicos:

- Desenvolver competências na comunicação com a criança em idade escolar e família, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento;
- Aprofundar conhecimentos relativamente à adesão ao regime terapêutico da criança em idade escolar e da família com patologia urológica;
- Identificar estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar relativamente à adesão ao regime terapêutico;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na família;

Cuidados Centrados na Família

- Colaborar com as famílias em todos os níveis de cuidados de saúde, nos cuidados individuais da criança, na educação profissional, e na elaboração de políticas e programas de desenvolvimento;
- Capacitar cada criança e família pela descoberta das suas forças, estabelecer confiança, realizar escolhas na tomada de decisões sobre sua saúde.

(American Academy of Pediatrics, 2003)

Objectivos Específicos:

- Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Reflectir sobre os aspectos do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem;
- Identificar na equipa de enfermagem da Unidade de ORL/Urol, possíveis carências formativas e dificuldades de actuação na área da adesão ao regime terapêutico
- Elaborar um plano de formação para os enfermeiros da Unidade de ORL/Urol sobre estratégias promotoras do autocuidado da criança em idade escolar, relativamente à adesão do regime terapêutico, no contexto laboral.

Campos de Estágio

- Campo de Treino - Quinta da Fonte Quente na Tocha - Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal ASBHP de 6/8/2012 a 11/8/2012
- Unidade de Saúde Familiar Amora Saudável (ACES Seixal-Sesimbra)
- Consulta Externa- Neurologia –HDE de 12/11 a 30/11 de 2012
- Urgência pediátrica - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE de 3/12/12 a 4/1/2013
- UCIN - Hospital de S. Francisco Xavier de 7/1/ 2013 a 27/1/2013
- Unidade de Cirurgia Pediátrica 5-4 de 28/1 a 15/2 de 2013

De acordo com WHO (2003):

Combinação de estratégias:

- Educação do paciente
- Competências comportamentais
 - Autorrecompensas
 - Apoio social
- Telefonema de Follow-up

Estratégias promotoras de Adesão

Revisão de literatura de Dias et al. 2011:

Segundo Osterberg e Blaschk (2005) Educação do doente;

- Comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente;
- Disponibilidade dos serviços de saúde

Para André (2005) citado por Amorim (2011) deve comportar:

- Informação,
- Desenvolvimento de aptidões sociais e de auto-regulação
- Promoção da eficácia pessoal
- Criação ou mobilização de apoio social

De acordo com WHO (2003):

Estratégias Direcionadas para o paciente:

- Automonitorização;
- Definição de metas;
- Controle de estímulos;
- Ensaio comportamental;
- Feedback corretivo;

- Contratação de comportamento;
- Aprimoramento de compromisso;
- A criação de apoio social;
- Reforço
- Prevenção de recaídas.

Estratégias promotoras de Adesão

- Intervenções educacionais
 - Intervenções comportamentais
 (Bugalho e Carneiro (2004))

De acordo com WHO (2003)

- Promoção do autocuidado
- Estabelecimento de apoio social
- Aliar educação à utilização de estratégias comportamentais



Automonitorização, Contratos de saúde, Reforço

- Sessões de ensino individuais



- Sessões em grupo

Programas de ensino

- Panfletos informativos / folhetos
- demonstração,
- *Role-playing* com o equipamento
- Apoio de pares e a partilha de informação
- Desmistificação de receios relacionados com a dor
- Livros didáticos referentes à técnica
- Jogos, exercícios, cartas e contornos corporais
- Vídeos, DVD's e Internet,

Bray e Sanders (2007)

Referências Bibliográficas:

- Robyn, R., Crisp, J., & Steinbeck, K. (2003). *Treatment adherence of youth and young adults with and without a chronic illness*. Obtido em 2012 de Abril de 20
- Silva, O. L. (2005). *Adesão ao regime terapêutico em crianças infectadas pelo VIH/SIDA- Revisão sistemática da literatura*. Obtido em 2012 de Abril de 5
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies- Evidence for action*. Obtido em 20 de Março de 2012, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Referências Bibliográficas:

- Hommel, K. A., Odell, S., Sander, E., Baldassano, R. N., & Barg, F. K. (5 de julho de 2010). *Treatment adherence in paediatric inflammatory bowel disease: perceptions from adolescent patients and their families*. Obtido em 2012 de Abril de 2, de EBSCO
- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. d., Novaes, M. R., & Trindade, E. M. (2007). *Adesão a tratamentos entre idosos*. Obtido em 2012 de Abril de 29, de http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf
- Haynes, H., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H., & Yao, X. (2008). *Interventions for enhancing medication adherence (Review)*. Obtido em 2012 de Abril de 29, de http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
- Hommel, K. A., Odell, S., Sander, E., Baldassano, R. N., & Barg, F. K. (2010). *Treatment adherence in paediatric inflammatory bowel disease: perceptions from adolescent patients and their families*. Obtido em 12 de Março de 2012
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Obtido em 1 de Maio de 2012, de Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde:

Referências Bibliográficas:

- McPherson, A. C., Glazebrook, C., & Smyth, A. (2005). *Educational interventions – computers for delivering education to children with respiratory illness and to their parents*. Obtido em 2012 de Janeiro de 10, de Scient direct.
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2009). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem: perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Obtido em 20 de Dezembro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido em 1 de Março de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem - conceitos de enfermagem na prática* (4ª ed.). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da criança* (8ª ed.). Mc Graw-Hill.

APÊNDICE XIX

Folheto CIC pais

O seu filho (a) vai iniciar uma técnica – a Cateterização Vesical Intermitente. Esta traduz-se na introdução de uma sonda/algália pela uretra até à bexiga, permitindo o esvaziamento periódico da bexiga. O cateterismo intermitente é a melhor opção para pacientes com disfunção/dificuldades de esvaziamento vesical, nos quais não é possível a micção adequada com outros métodos de tratamento.

- 🌀 É indicado em qualquer idade, inclusive em crianças pequenas e recém-nascidos.
- 🌀 Intermitente – 3/3h ou 4/4h, com pausa noturna (dependente da indicação médica)
- 🌀 Reduz o risco de infeção urinária
- 🌀 Reduz complicações renais
- 🌀 Importante para adquirir continência urinária
- 🌀 Aumentar a autoestima da criança mantendo-a seca
- 🌀 Pode e deve ser realizado de modo independente o mais precocemente possível

Apesar de as cateterizações serem realizadas pela criança e todos querermos que ela seja independente, ela continua precisar do apoio e orientação dos pais! Como tal os pais podem:

- 🌀 Ajudar a verificar se a criança tem o material necessário antes de ir para a escola:
 - produtos de higiene das mãos (água e sabão neutro

- Material para a higiene perineal ou estoma (Compressas, água, sabão neutro ou solução antisséptica ou toalhetas, Sondas e lubrificante hidrossolúvel (Ex lidocaína gel)
- Soro fisiológico
- Reservatório para colher a urina (se não fizer diretamente para a sanita)
- Reservatório para guardar as sondas utilizadas

- 🌀 Marcar uma reunião com o diretor de turma para explicar a situação clínica da criança, pedir a colaboração dos profissionais da escola, bem como explicar o processo.
- 🌀 Se existirem dificuldades na realização das CIC's na escola, entre em contacto com o serviço de Urologia, para que se possa agendar uma sessão de esclarecimento sobre o problema do seu filho aos profissionais e aos colegas
- 🌀 Estabelecer um horário para ir para a cama, certificando-se que a criança realiza a CIC e esvazia a bexiga corretamente.
- 🌀 Supervisione e apoie a realização das CIC do seu filho (a)
- 🌀 Relembre o seu filho que a correta realização das CIC irá garantir que a bexiga esvazie regularmente e que diminui os acidentes, principalmente na escola
- 🌀 Incentive a ingestão de líquidos, de acordo com a criança, no entanto evite que ele (a) ingira líquidos após o jantar

diminuindo a necessidade cateterizações noturnas e a ocorrência de acidentes...

- ⌚ Prepare uma “mochila-kit de emergência” "para manter na escola, caso o seu filho tenha um acidente. Este pode conter um par de calças / calções, cuecas, meias, cateteres e toalhetes de limpeza.
- ⌚ Certifique-se que ele toma os medicamentos prescritos pelo médico em horários certos
- ⌚ Incentive-o a lavar as mãos
- ⌚ Vigiar regularmente as características da urina e em caso de:
 - Febre
 - Ardor ao urinar
 - Vômitos
 - Prostração
 - Perda de apetite
 - Urina com mau cheiro (fétido) ou presença de sangue
 - Dificuldade na introdução da sonda

Contactar o médico ou enfermeiro rapidamente!

**O meu filho
(a) vai iniciar
cateterizações
vesicais...com
o posso
ajudar?**

APÊNDICE XX

Folheto CIC escola

Por que recebeu este folheto?

Uma das crianças que frequenta a sua unidade de ensino tem a necessidade de esvaziar a sua bexiga com a ajuda de uma sonda/cateter. Não é um procedimento difícil, mas é diferente e por vezes estranho no início - para todos os envolvidos. É por isso que é importante a escola estar informada sobre o que acontece de modo a poder oferecer apoio e talvez até ajuda quando necessário.

Algumas situações de doença podem impedir o nosso organismo de eliminar os resíduos corretamente. Os utentes com bexiga neurogénica não conseguem esvaziar a bexiga normalmente, como tal fazem o seu esvaziamento urinário recorrendo a uma técnica chamada de **Cateterização Vesical Intermitente**.

A Cateterização Vesical Intermitente traduz-se na introdução de uma sonda/algália pela uretra até à bexiga, permitindo o esvaziamento periódico da bexiga. O cateterismo intermitente é a melhor opção para pacientes com disfunção/dificuldades de esvaziamento vesical, nos quais não é possível a micção adequada com outros métodos de tratamento.

- 🕒 É indicado em qualquer idade, inclusivé em crianças pequenas e recém-nascidos.
- 🕒 Intermitente – 3/3h ou 4/4h, com pausa noturna
- 🕒 Reduz o risco de infeção urinária

- 🕒 Reduz complicações renais
- 🕒 Importante para adquirir continência urinária
- 🕒 Aumentar a autoestima da criança mantendo-a seca
- 🕒 Pode e deve ser realizado de modo independente o mais precocemente possível.

Na realização em ambiente escolar, a criança deve ser capaz de realizar o procedimento de modo autónomo, contudo ela necessita que seja proporcionado:

- 🕒 **Suporte** – proporcionar à criança tempo extra para se algaliar aumentando a sua autonomia
- 🕒 **Casas de Banho adaptadas e com privacidade**
- 🕒 **Recursos humanos** para supervisionar ou colaborar na algaliação
- 🕒 Manutenção da rotina para que não haja esquecimentos
- 🕒 Saber lidar com os possíveis acidentes, devido a por vezes não ter a noção de bexiga cheia
- 🕒 Se for necessário suporte prático/técnico os profissionais devem receber treino de um profissional de saúde
- 🕒 **Discrição** – a criança deve decidir quem quer que saiba sobre o seu problema.

Existem 3 regras muito importantes:

- 🕒 **Higiene das mãos, períneo ou estoma**
- 🕒 **Cumprimento dos horários (3/3 horas ou 4/4 horas)**
- 🕒 **Completo esvaziamento da bexiga**

A Técnica da Cateterização Vesical Intermitente exige:

- Preparação do material (Compressas/Toalhetes; Cateter/algália/sonda; Lubrificante; Recipiente para recolher a urina)
- Lavagem das mãos com água e sabão;
- Posicionar numa posição confortável (meninas em posição de rã)
- Lavar com água e sabão/toalhetes o períneo (da frente para trás nas meninas e de cima para baixo nos meninos)

- Lubrificar 2/3 da sonda

Meninas: - Segurar a sonda como se fosse uma caneta com o polegar e o indicador e introduzir cerca de 2 ou 3 cm até sair urina. Na fase inicial as meninas podem necessitar do apoio de um espelho para verem o meato uretral.

Meninos: Afastar/repuxar o prepúcio ficando o meato urinário visível. Segurar a algália/sonda como se fosse uma caneta com cuidado para não tocar na extremidade da sonda

- Introduzir no meato uretral até sentir resistência e depois introduzir suavemente até sair urina
- Fazer pressão no abdómen para esvaziar totalmente a bexiga
- Quando o fluxo de urina parar, retirar lentamente a sonda permitindo que a urina presente na parte inferior da bexiga drene
- Observar as características da urina (cheiro, cor, presença de sangue ou sedimento)
- Lavar as mãos

A Cateterização Vesical Intermitente na Idade Escolar – informação para a escola

APÊNDICE XXI

Reflexão Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao
Sucesso...Capacitando 2012

Reflexão Campo de Treino

A presente reflexão diz respeito à minha experiência como monitora no Campo de Treino “Arco-Íris dar Cor ao Sucesso...Capacitando 2012”. Este campo integrou 30 crianças e jovens (28 portadores de Spina Bífida e 2 Lesão Medular) e teve a duração de 5 dias. Esta ação decorreu durante o mês de agosto (6 a 11 de agosto) na Quinta da Fonte Quente na Tocha. Esta experiência caracterizou-se por ser nova para mim, devido a nunca ter desempenhado funções de monitora num campo de férias. Com a aproximação do início do campo de férias, senti por vezes algum receio ao modo como o mesmo iria decorrer e ao modo como se procederia a minha adaptação a um meio ambiente completamente estranho. Considerava este um ambiente estranho por se tratar de um regime de permanência 24 sobre 24 horas num ambiente novo, com crianças com necessidades especiais e com colegas, que tinha privado apenas durante as sessões de formação para o campo. As sessões de formação serviram para reciclar alguns conhecimentos sobre as crianças com necessidades especiais, em especial com spina Bífida. Mas o mais importante para mim destas sessões de formação, foi a partilha de experiências entre os formandos. Presente nestes momentos formativos estavam monitores com experiência no referido campo de treino e como tal já conheciam algumas crianças e o espaço físico, o que permitiu o esclarecimento de algumas dúvidas.

Após a acomodação e acolhimento dos participantes nas instalações da Quinta, foi feita uma avaliação Pré-Campo da funcionalidade, Medida de Independência Funcional (MIF) da criança/jovem na área da higiene, vestir e despir, cuidados à pele (prevenção e deteção precoce das úlceras de pressão), eliminação (incontinência intestinal e vesical), mobilidade e transferências (cadeira de rodas/sanita/cama/banheira); do Autoconceito e Autoestima (Self-perception profile for children and adolescent de Susan Harter); da Autoeficácia percebida pela criança/jovem (instrumento construído para avaliar a perceção da eficácia destas crianças e jovens nos domínios da Funcionalidade Independente). Com esta avaliação, estabeleci contacto e aprendi a trabalhar com alguns instrumentos de avaliação, que até à altura eram desconhecidos.

Outro dos momentos que permitiram maiores aprendizagens foi a colaboração no “Programa de Educação para a Autogestão da Incapacidade para Crianças e Jovens Portadores de Spina Bífida/Lesão medular” distribuída em 5 sessões. A colaboração nestas sessões permitiu apreender a perspetiva da criança com patologia crónica relativamente à realização das suas

atividades de vida. Estas sessões permitiram de modo formal, compreender os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da criança e jovem com patologia do foro urológico. A percebi-me do modo como as suas crenças de saúde influenciam a adoção de comportamentos de saúde. A partilha das experiências e dificuldades na gestão do seu regime por parte das crianças, permitiu que elas se sentissem mais integradas e menos isoladas na sua condição. O facto de estarem alguns dias com crianças que partilham o mesmo problema de saúde motiva a que ocorram mudanças comportamentais positivas. Os momentos de partilha promoveram a procura de soluções para os problemas identificados. Outro aspeto promotor da mudança comportamental é a existência de monitores com o mesmo problema de saúde, o que motiva e serve de reforço à ocorrência de mudanças. O sistema de *Lay led* permite aos participantes auspiciar algo de novo e permite comprovar que apesar das dificuldades é possível ter uma vida normal e o mais independente possível. Estes monitores podem servir de modelos e de referência. Para mim, estabelecer contacto com doentes de Spina Bífida adultos permitiu perspetivar as suas conquistas de modo diferentes. Quero com isto dizer, que o meu contacto com estes doentes tem sido sempre em contexto de doença e como profissional, e que esta convivência permitiu o esclarecimento de algumas dúvidas que sempre me assombraram na prática. Foi benéfico o contacto com estas crianças fora do contexto hospitalar, na medida que permitiu observar os seus comportamentos fora de um contexto limitativo. Esta observação permitiu acomodar e compreender alguns conhecimentos adquiridos pela teoria, nomeadamente sobre as dificuldades de aprendizagens destas crianças e o modo com interação com o outro. A promoção do autocuidado e da independência da criança foi por vezes difícil. Esta dificuldade está relacionada com alguns comportamentos que adquirimos durante a prática clínica e que não nos apercebemos. Apesar de sempre me esforçar para promover e estimular a independência do cliente, em contexto de contacto frequente torna-se um pouco difícil. Sem nos apercebermos temos tendência para substituir a criança ao invés de lhe proporcionar ferramentas para que realize as atividades de modo autónomo. Na fase inicial esta foi uma batalha interna que travei, principalmente quando lidamos com crianças que apesar de estarem em idade escolar e lutarem por ser independentes, em casa não estão habituadas a fazer as coisas sozinhas. Muitas destas crianças entraram no campo muito dependentes de outros para satisfazer as suas necessidades. O que mais me agradou neste campo de treino foi o empenho em capacitar a criança a tornar-se progressivamente independente. Contudo este processo é lento e deparamo-nos com

algumas dificuldades. Acredito que a minha experiência profissional auxiliou na superação dessas dificuldades, particularmente na gestão da emocionalidade da criança. Muitas destas crianças passam a maior parte do seu tempo com os pais e não estão habituadas a passarem longos períodos na ausência dos mesmos. Como tal, foi necessário gerir as carências e necessidades emocionais das crianças pelas quais estava responsável. Esforcei-me para suprir algumas dessas necessidades e adquirir uma postura de amiga e fugir, na medida do possível, do papel de profissional. Durante a minha estadia no campo de treino estive responsável por três crianças, duas delas em idade escolar. Por se tratar de crianças pequenas, apesar de haver estabelecimento de limites e regras, tentei sempre demonstrar carinho e que se sentissem especiais. Apesar do entusiasmo sentido pelo desenvolvimento de novas competências e responsabilidades, os pais continuam a ser as pessoas mais importantes das suas vidas. O reforço positivo foi utilizado frequentemente como fator motivacional visto não gostarem de falhar e de serem criticadas. A escolha das melhores estratégias a adotar foi realizada em conjunto, de modo a sentirem-se envolvidas e desenvolverem o poder de decisão.

O campo de férias também contemplou várias atividades de carácter lúdico e desportivo com o intuito de promover o exercício físico e estilo de vida saudável. Algumas das várias atividades desportivas foram: Piscina/Natação; Tiro com Arco; Ténis em cadeira de rodas; Voleibol em cadeira de rodas; Basquetebol em cadeira de rodas; Golfe em cadeira de rodas; Bócia; Seringaboll e sessões de Aeróbica adaptada. Os participantes aderiram com bastante entusiasmo em todas as atividades desportivas, alguns participantes nunca tinham experimentado estes desportos e ficaram sensibilizados para a importância do exercício físico na sua saúde e bem-estar. Algumas atividades lúdicas realizadas foram a Caça ao tesouro noturno; Noite dos mais velhos (idades superiores a 15 anos); Jogos de tabuleiro adaptados à Spina Bífida/Lesão Medular; Bingo; Campeonato de Wii; Karaoke; Jantar de Gala; Discoteca e Passeios na Quinta.

A participação nesta experiência veio reforçar a minha perceção que muitas destas crianças são superprotegidas pelos familiares. Estabeleci contacto com crianças cujo desenvolvimento lhes poderia permitir serem mais autónomas na satisfação do seu autocuidado, o que não se verificava na prática. Tratavam-se de crianças e adolescentes muito dependentes de outros para a realização das tarefas mais simples. Após alguns dias no campo de férias, as crianças ganharam mais confiança nas suas capacidades e mostraram-se realmente interessadas na

aquisição de autonomia, que era o objetivo major da realização deste conjunto de atividades. Todos os elementos da equipa do Campo de Treino tinham noção que seria difícil mudar comportamentos adquiridos durante toda uma existência. O pretendido era mostrar aos participantes que existem diferentes opções, realidades e oportunidades e que esse seria um caminho a ser trilhado pelos mesmos.

APÊNDICE XXII

Reflexão Consulta de Neurologia Pediátrica HDE

Reflexão Neurologia Pediátrica

A presente reflexão diz respeito ao estágio realizado na consulta de Neurologia Pediátrica do HDE. Este campo de estágio foi selecionado por ter conhecimento de algumas atividades e intervenções de enfermagem realizadas neste local. De modo a que este momento de aprendizagem fosse de encontro aos objetivos pré-definidos, em conversa formal com a Enfermeira de Referência decidimos que o estágio iria incidir nas consultas de Incontinência Urinária e do núcleo de Spina Bífida. Estas consultas estavam mais relacionadas com a área do meu projeto de intervenção. A integração na equipa pluridisciplinar foi tarefa facilitada pela abertura e disponibilidade demonstrada por todos os profissionais. O constrangimento inicial de contacto com colegas anteriores de trabalho foi rapidamente ultrapassado após várias conversas com os colegas e a reestruturação de papéis processou-se. O novo papel de estudante parecia um pouco estranho naquele ambiente, visto este ser relativamente familiar.

Ultrapassados os constrangimentos iniciais, o estágio decorreu de modo muito positivo. A formanda integrou-se e rapidamente no local e colaborou ativamente nas consultas de enfermagem. Esta integração foi facilitada pela experiência profissional da formanda, o que permitiu troca de experiências entre a formanda e a Enfermeira de Referência. Neste local tive a oportunidade de realizar uma entrevista semiestruturada à enfermeira de referência e perita na área de modo a conhecer as suas perceções sobre o fenómeno da adesão ao regime terapêutico na criança e quais as suas dificuldades relativamente a esta problemática. Com esta entrevista pude constatar que as suas perceções vão de encontro à literatura atual. A criança em idade escolar encontra-se num período em que quer participar ativamente nas atividades, é uma fase em que a criança demonstra a necessidade de se tornar independente, como tal, é a fase ideal para intervir no ensino de comportamentos de saúde. Os ensinamentos relativamente à realização das CIC's focam-se essencialmente nesta faixa etária, de modo, a que estes mais facilmente integrem o dia a dia da criança e dos seus familiares. A avaliação dos comportamentos de adesão são realizados com um carácter "informal", quero com isto dizer que não existe recurso a nenhum instrumento de avaliação dos mesmos. O diagnóstico da não adesão ao regime terapêutico ocorre através do diálogo com as crianças/jovens e seus familiares. Esta é uma estratégia eficaz, pois esse diagnóstico foi realizado muitas vezes durante a minha permanência nesta consulta. Existe um esforço em perceber os motivos para a não-adesão e tenta-se superar em conjunto ultrapassar essas dificuldades. Contacta-se

disponibilidade e acessibilidade por parte da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades da criança e família. Durante as consultas de enfermagem pretende-se ensinar e melhorar os conhecimentos sobre as patologias de base e os modos de minimizar os efeitos das mesmas. Procura-se refletir com os pais sobre comportamentos parentais, emocionais e relacionais de forma a auxiliar a criança e jovem a lidar com as suas emoções e comportamentos, promovendo o bem-estar físico, afetivo e a integração na sociedade. Com estes momentos de reflexão pude verificar a existência de pais muito protetores. Ao tentar compreender este modo de superproteção comprovei que esta muitas vezes não é apercebida pelos pais. É algo que se desenvolveu de modo inconsciente ao longo dos anos. Muitos destes pais assumem esta proteção excessiva e justificam a sua existência pelo intuito de proteger as crianças. Esta superproteção manifesta-se pela falta de competências que estas crianças apresentam. Observei crianças com idades superiores aos 10 anos, que são muito dependentes dos familiares, nomeadamente das mães, para a realização do seu autocuidado. Crianças, que se estimuladas de modo adequado, conseguiriam adquirir conhecimentos, habilidades e experiência para a realização do autocuidado. Posto isto, durante a minha permanência na consulta de Neurologia, debrucei-me sobre esta questão, e esforcei-me para servir de elemento promotor de mudança, uma vez que, o enfermeiro é o agente reconhecido para ajudar as pessoas a adquirir competências para o conhecimento e a prática do autocuidado. A educação familiar pode ajudar a tornar a criança e o jovem autónomo. Ao proteger-se em demasia uma criança ou jovem, este é desvalorizado e impedido de descobrir formas de se adaptar às situações. Na literatura, a família surge como elemento promotor ou inibidor da autonomia dos jovens com estas limitações. Soares, Moreira, Monteiro e Pohl (2005) referem “uma (...) dificuldade da família em administrar a doença e o estigma dos filhos sem poupar ou superproteger os jovens. [Assim], o que começa como preocupação e cuidado, transforma-se em isolamento e infantilização do adolescente” (p.819). Este aspeto leva, segundo os autores, a ansiedade no jovem, uma vez que não lhe foi permitido vivenciar experiências autónomas que lhe forneçam a segurança suficiente para desenvolver a sua identidade e consequentemente a autonomia esperada. Por vezes, a inexistência de espaços físicos e a pouca formação na área, da parte dos cuidadores (quer na escola, quer em casa), também contribui para a infantilização e para a pouca estimulação da sua autonomia.

APÊNDICE XXIII

Reflexão Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do
Barreiro-Montijo

Reflexão Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

A presente reflexão diz respeito ao estágio que decorreu na Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Este teve a duração de 4 semanas, decorrendo entre os dias 3 de dezembro e 6 de janeiro de 2013.

A primeira semana foi marcada por se constituir um período de observação. Durante estes dias foquei-me em conhecer o espaço físico e a população alvo de cuidados. Dediquei-me à consulta das normas e protocolos existentes na unidade, bem como a conversas formais com os enfermeiros da unidade sobre a prática de enfermagem no contexto de urgência e a sua organização. A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência exige um conhecimento mais abrangente, devido à diversidade de situações que a ele recorrem. Os enfermeiros que exercem funções nesta área devem ser peritos e conhecer de modo profundo as situações clínicas para poderem cuidar, da criança e família com segurança e autocontrolo. O enfermeiro deve ser dotado de competências várias, e manter-se desperto tanto às necessidades derivadas do estado de doença como aos aspetos emocionais e sentimentais, estando atento às suas reações. Esta é uma área de intervenção que associa um vasto leque de conhecimentos técnicos e científicos, aliados à sofisticação técnica. A tomada de decisão muitas vezes deve ser realizada de modo rápido e eficiente, com estabelecimento de prioridades várias e reestruturações várias. O serviço de urgência possui um ambiente próprio que exige ajustamento a nível mental e emocional, tanto da parte da criança e sua família, como por parte dos profissionais. Posto isto, preparei-me para tentar desenvolver funções de enfermeira especialista neste local do melhor modo possível.

Após o período destinado à integração na equipa e ao local, na presença da Enfermeira de Referência, estive alguns turnos na triagem, uma das áreas que na fase inicial me deixava mais apreensiva. É na Triagem que se estabelece o primeiro contacto efetivo com a equipa e os serviços de saúde. O processo de Triagem tem por finalidade a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades/especialidades adequadas à sua assistência. Neste posto de trabalho, entrei em contacto com o Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU). Este é um programa informático desenvolvido internamente pelo Serviço de Sistemas de Informação (SSI), com o apoio de diversos profissionais de saúde do Serviço

de Urgência do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Através deste sistema procede-se à triagem das crianças que se dirigem à instituição, baseada na linguagem CIPE. Esta é realizada pelo enfermeiro, de preferência o EESIP ou o mais experiente presente no turno. O enfermeiro devido à sua formação aprende a prestar assistência aos clientes preocupando-se também com a infraestrutura que o rodeia. Adquire ainda visão global pelo fato de conversar com o paciente, ouvir as suas queixas, saber o que o levou até o hospital, enfim conhecer suas necessidades sejam elas físicas, psicológicas ou ordem social (Azevedo & Barbosa, 2007). Estes aspetos ficaram bem patentes durante a minha estadia no serviço de urgência. Estar neste posto de trabalho levantou-me algumas questões. Uma dessas questões era como iria eu reagir aquando situações de maior insatisfação por parte dos pais das crianças triadas. Esta insatisfação na sua maioria surge pelo desagrado parental face à prioridade atribuída para a situação clínica da criança. Esta foi uma situação com a qual por várias vezes me deparei durante a prestação de cuidados. Para cada pai a situação do seu filho é prioritária, e por vezes é-lhes difícil assimilar as diferentes prioridades e gravidades decorrentes das situações clínicas. Neste tipo de situações é necessário ter capacidade de lidar com conflitos e ter competência para geri-los. De acordo com a bibliografia consultada, e que pude comprovar na prática, é que o tempo de espera até ao primeiro atendimento, o grande fator causador da insatisfação dos pais e até mesmo das reclamações verificadas nesta unidade de atendimento à criança. Constatei que a triagem efetuada pelos enfermeiros tem um tempo de espera de no máximo 15/20 minutos, que eu tenha observado (tempo determinado pela aplicação informática em utilização neste serviço) e este limite de tempo foi atingido em situações esporádicas associadas a períodos de maior afluência na urgência. O tempo de espera prolongado na maioria das situações prendeu-se com o atendimento médico, contudo, as manifestações de desagrado e os desentendimentos, foram sempre direcionados para a equipa de enfermagem, pois foram estes profissionais quem primeiro os atendeu, e daí recair sobre estes as manifestações de desagrado. Este tipo de situações de conflito e de gestão dos mesmos, dotou-me de ferramentas para a resolução de conflitos. Esta foi uma competência desenvolvida através da observação do modo como os enfermeiros geriam esses mesmos conflitos. Devo realçar que por vezes assisti a situações, nas quais achei que a abordagem por parte do enfermeiro foi menos correta. Situações em que houve uma despersonalização dos cuidados e em que os enfermeiros não mantiveram presente que o alvo da sua competência é a pessoa. É importante para o desempenho profissional manter presente que as situações de

doença e o ingresso num serviço de Urgência, na sua maioria, representa uma situação crise na vida das crianças bem como nas suas famílias. O modo como cada criança e família experiência estas situações de *stress* são variáveis, dependendo de fatores múltiplos. A necessidade de informação por parte do cliente e sua família é reconhecida como um direito destes e como dever profissional dos enfermeiros no contexto da sua prática de cuidados. Como tal procurei compreender e analisar esses fatores, bem como detetar alterações e intervir no sentido de promover uma mudança favorável.

A comunicação é a base de toda e qualquer relação interpessoal. Para Phaneuf (2005), a comunicação é “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (p.23). Segundo Hockenberry (2006), o desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o profissional de Enfermagem em todas as suas áreas de atuação. Na relação com o seu cliente, o EESIP deve ter uma comunicação eficaz e um relacionamento assertivo. Para que isto aconteça, o enfermeiro deve saber escutar, ser flexível e ter abertura para aceitar o outro como é, com os seus valores, as suas recriminações, o seu caráter e a sua labilidade emocional muitas vezes causadas pela dor e ansiedade (Phaneuf, 2005). A competência comunicacional não é uma habilidade inata, mas que pode ser desenvolvida com treino e prática. A comunicação eficaz implica alcançar os objetivos da pessoa, de modo ideal, para que mantenha ou melhore o relacionamento em que ocorre (Santos & Pessoa, 2009). Deste modo o enfermeiro necessita de estar atento aos diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal), aos fatores que a podem influenciar e ter a capacidade de saber ouvir e escutar. Tendo em conta que comportamento que é competente num relacionamento não é necessariamente eficaz noutras situações, é fundamental escolher o comportamento mais adequado para cada situação em causa (Adler, 2002 citado por Santos & Pessoa, 2009) e em contexto de urgência, a comunicação ganha uma dimensão maior devido aos níveis de *stress* aumentados e o enfermeiro deve estar desperto a todos estes aspetos de modo a comunicar eficazmente. Uma das tarefas do profissional de saúde é descodificar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para a partir daí estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades (Santos & Pessoa, 2009). No contexto de Urgência observei a equipa de enfermagem e particularmente a Enfermeira de Referência sobretudo na forma como é realizado o atendimento à criança e família nas diversas situações. Presenciei a reação dos pais face às diversas formas de estar do profissional, pelo que apreendi e posteriormente atuei

de modo a transmitir segurança face à causa do acontecimento, assim como compreensão dos sentimentos expostos sem nunca deixar de responder as dúvidas colocadas.

Posto isto, este estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e para a persecução dos objetivos pré-definidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, J. M., & Barbosa, M. A. (Janeiro de 2007). *Triagem nos serviços de saúde. percepção dos usuários*. Obtido em 20 de Dezembro de 2012, de <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Hockenberry, M. J., Wilson, & Winkelstein. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Santos, A., & Pessoa, T. (2009). Aprender a comunicar em enfermagem. *Actas do X congresso galego-português da psicopedagogia* (pp. 2679- 2688). Braga: Universidade do Minho.

APÊNDICE XXIV

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSFX

Reflexão UCIN – Hospital são Francisco Xavier

A presente reflexão diz respeito ao estágio que decorreu na unidade de neonatologia do HSFX. No início desta nova etapa, como esperado, surgiram sentimentos de insegurança por estar a iniciar uma nova fase de aprendizagem, principalmente por ser numa área desconhecida. A fragilidade do RN suscitou dúvidas relativamente à minha atuação clínica. Senti que poderiam surgir fragilidades na minha atuação profissional. Na fase inicial, o contacto com muitos recursos materiais específicos, mas comuns numa unidade com este grau de especificidade e especialidade com as quais não estava familiarizada numa primeira fase deixaram-me apreensiva. Alguns desses equipamentos foram as incubadoras, aparelhos de ventilação invasiva (ventiladores), ventilação não invasiva tais como o CIPAP. Questionei-me até que ponto as minhas aprendizagens conseguiriam dar resposta a estes novos desafios. Como esperado estes receios e apreensões tornaram-se reais com o início deste estágio. No primeiro dia, debrucei-me sobre a observação de algumas dinâmicas da equipa, bem como em conhecer e apresentar-me à equipa multidisciplinar. Dediquei algum do tempo disponível a ler as normas e protocolos existentes na unidade, bem como em identificar os vários grupos de trabalho existentes. Antes dessa fase de exploração da literatura existente na unidade, procedi na companhia da Enfermeira Chefe ao conhecimento do espaço físico da Unidade. Esta unidade caracterizada por estar equipada tecnicamente para prestar cuidados ao recém-nascido pelo que está sempre preparada para receber situações de emergência independentemente da possibilidade ou não de aviso prévio. De modo muito sumário é uma unidade que se encontra dividida em 3 áreas específicas:

- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – com a capacidade de 5 RN cuja idade vai até aos 28 dias, com necessidade de ventilação mecânica e com maior grau de instabilidade hemodinâmica.
- Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais – tem 9 vagas de internamento para RN sem necessidade de ventilação mecânica, em situações de: pré-alta, vigilância diferenciada por síndrome de dificuldade respiratória ou prematuridade (com autonomia respiratória e/ou com necessidade de oxigénio, sem autonomia alimentar, com necessidade de terapêutica endovenosa, ou outra).
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – com a capacidade para 4 unidades camas, preparada inicialmente para ser utilizada como internamento para crianças com

idades superiores a 1 mês, mas que de momento é utilizada quinzenalmente para situações de pós-operatórios de crianças intervencionadas pela Neurocirurgia.

Uma vez que o serviço, neste momento, não apresentava qualquer tipo de necessidade de formação ou trabalho desenvolvido, ficou acordado que o ensino clínico ficaria direcionado para a prestação de cuidados e acompanhamento do Enfermeiro de Referencia em atividades relacionadas com o desenvolvimento de funções de coordenação de equipa.

Durante o período mais dedicado ao reconhecimento do espaço físico e das dinâmicas de trabalho, até a altura em que iria conhecer o Enfermeiro de Referencia, o que viria a acontecer apenas no terceiro turno, consegui concluir que a Unidade de Neonatologia do HSFX é uma muito específica, com a preocupação com a Humanização do Utente Pediátrico, comportando uma decoração apropriada, com ilustrações de interesse infantil, diminuindo assim a ansiedade que o ambiente hospitalar provoca, tornando-se dentro do possível acolhedor.

Os pais podem permanecer junto do seu filho e é notório a estimulação e incentivo que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros exercem para que isso aconteça. Contudo, os pais são incentivados a passarem as noites no domicílio, de modo a estarem mais aptos a colaborar com a equipa durante o dia. De realçar que a Unidade dispõe de condições físicas para os pais pernoitarem, sendo permitido que tal aconteça. Existe ainda uma sala de pais, onde estes dispõem de cacifos para guardar os seus bens e podem utiliza-la para repouso, bem como para partilha de experiencias entre si.

Na organização dos cuidados está subjacente o método individual de trabalho, ou seja em cada turno um enfermeiro é responsável por um grupo de crianças/famílias a quem presta cuidados globais durante o seu turno. Este método permite uma personalização de cuidados, favorece a relação entre o enfermeiro e a família, promovendo a humanização dos cuidados.

De acordo com o referido anteriormente, a minha presença numa unidade com este grau de especificidade deixou-me apreensiva. O primeiro dia foi dedicado à exploração da Unidade e foi muito baseada na observação, visto não ter ficado com nenhum enfermeiro perito que me orientasse. Esta situação deixou-me com uma sensação de desamparo, sem saber corretamente qual o melhor modo de agir, e com a sensação de “falta de fio condutor”, pensando dificultar o meu processo de aprendizagem, bem como o meu crescimento pessoa. De modo a reunir/recolher o maior numero de informação possível alternei períodos de tempo pelas

várias salas (intermédios e intensivos), o que acabou por me deixar um pouco perdida e me levou a concluir não ser o melhor processo a adotar. Recordo que terminei este dia como uma sensação de apreensão superior à inicial. Deste modo, decidi que no dia seguinte atuaria de modo diferente e estabeleceria contacto com uma enfermeira perita, colaborando com ela, dentro das minhas possibilidades na prestação de cuidados na unidade de cuidados intermédios, por ser a área onde a criança se encontra menos instável e onde me sentisse mais confiante e competente nas interações com os familiares criando um ambiente propício ao processo de aprendizagem, integração e esclarecimento de dúvidas. Este dia foi mais satisfatório, contribuindo para desmistificar muitos dos meus receios iniciais. Considero ter feito um estágio bem-sucedido pois permitiu-me sentir motivada e identificar quais seriam as minhas principais carências formativas, e o modo como este campo de estágio poderia transformar-se num desafio superado, ao permitir-me delinear alguns objetivos específicos para esta etapa: Desenvolver competências profissionais de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família com doença crónica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Aprofundar conhecimentos ao nível da intervenção de enfermagem à criança criticamente doente durante o período de hospitalização na UCIN; Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na família da criança internada na UCIN.

Anteriormente, referi que a prestação de cuidados à criança me permitiu a desmistificação de alguns receios iniciais, tais como o contacto com a criança prematura e família. Cada intervenção onde me sentia competente em realizar tornou-se uma vitória, pois inicialmente o ambiente da UCIN era por mim percecionado como adverso. A simples abertura da incubadora deixava-me ansiosa e receosa, o que rapidamente foi ultrapassado com a prática clínica.

Com a prestação de cuidados, observei o especial enfoque de toda a equipa na inclusão dos pais nos cuidados prestados. Percebi que o enfermeiro tem um papel determinante em todo o processo de internamento. É fundamental que este ajude os pais, transmitindo-lhes disponibilidade, compreensão e confiança, para que estes verbalizem os seus medos, receios e dúvidas através de uma escuta atenta. Determinadas intervenções, nas quais os pais podem e devem participar são planeadas com a sua inclusão e consoante a sua disponibilidade. Atividades tais como o banho ao RN, mobilizações e posicionamentos, bem como a alimentação da criança. Os pais têm um papel importante na prestação de cuidados ao filho

que se encontra debilitado e devem ser encorajados a desempenhá-lo. É importante que se mantenham os papéis e as relações familiares com a criança doente, com o intuito de facilitar a promoção da normalidade da unidade familiar, parentalidade, manutenção ou criação das suas rotinas. Este envolvimento é benéfico tanto para os pais, como para criança. Mas, é importante estimularmos os pais para que se sintam aptos a participar nos cuidados com a equipa de saúde. Esta inclusão é importante para a promoção da parentalidade e do processo de vinculação. A presença parental é uma realidade neste serviço, pois toda a equipa, principalmente a de enfermagem, acredita na filosofia dos Cuidados de Saúde Centrados na Família. Esta é uma filosofia de cuidados que incorpora na prática clínica o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida da criança, devendo ser incluída no processo de cuidados para a promoção da sua qualidade. Prestei cuidados centrados ao RN e sua família, criando oportunidades para desenvolverem as suas competências. Utilizei o método de trabalho instituído, pedindo ajuda ao Enfermeiro de Referência ou aos colegas sempre que necessitei. Procedi à avaliação das necessidades da criança e pais. Identifiquei os recursos disponíveis para satisfazer as suas necessidades. Realizei ensinamentos aos pais de acordo com as necessidades detetadas, tais como: amamentação, cuidados de higiene e conforto, dor, posicionamentos, sono e repouso. Esclareci os pais sobre dúvidas da patologia do seu filho, dando aconselhamento e suporte emocional. Considero ter conseguido estabelecer uma boa relação de ajuda baseada na confiança que os pais depositavam em mim, solicitando-me para saberem informações do seu filho. Durante este estágio dei muita importância a duas áreas temáticas: ao processo de vinculação, que devido à presença da criança na UCIN, não se processa de modo linear e normalizado comparativamente com o RN saudável. De acordo com Brazelton (1988) quando numa criança que nasce surge uma situação de doença, desenvolve-se nos seus pais uma situação de *stress* relacionados com fatores como o medo da doença e do desconhecido, sentimentos de culpa e ambivalência, insegurança e sentimento de ausência de controlo sobre o ambiente hospitalar, alterações nas rotinas familiares de forma a atender às necessidades do filho doente, desconhecimento dos procedimentos relacionados com a recuperação do seu filho e ainda os problemas financeiros, sociais e afetivos relacionados com o internamento do recém-nascido. Segundo o mesmo autor, ao longo do internamento na UCIN o processo de vinculação desenvolve-se através de cinco fases. Na primeira fase os pais relacionam-se com o recém-nascido através das informações fornecidas pela equipa. Na segunda o processo desenrola-se através da observação e ganho de coragem

derivado dos comportamentos reflexos que o bebé demonstra quando estimulado pelos profissionais. Na terceira, os pais começam a perspetivar o seu bebé como uma pessoa através das suas reações ao estímulo desenvolvido pela equipa. A quarta fase tem início quando os pais tentam estimular o recém-nascido e obter respostas a esses estímulos. Para finalizar, a quinta fase é aquela em que os pais pegam e seguram a criança, acariciam-na, alimentam-no e começam a tentar estabelecer o contacto olho-a-olho adquirindo nesta altura um vínculo com o seu filho. Como tal o envolvimento precoce dos familiares na prestação é vantajoso para que a vinculação ocorra de modo mais normal e natural possível. Existe um esforço e preocupação em tornar o ambiente convidativo para os pais demonstrando que existe uma verdadeira preocupação por parte dos profissionais para com eles. O toque neste processo é muito importante, servindo de veículo impulsionador para a relação entre pai, mãe e filho. Para Brazelton (2001) o toque é o primeiro ato de comunicação. Deste modo, o toque, o segurar e o embalar são mecanismos importantes para o desenvolvimento do processo de vinculação, estabelecimento da relação humana, e um modo de transmitir segurança e afeto. É fundamental que os enfermeiros procurem que o recém-nascido diminua o sentimento de aversão ao toque, para que o contacto físico seja vivido pelo bebé como uma experiência agradável e essencial na sua interação com o mundo circundante. Decorrente da importância do toque surge o Método Canguru. Este método consiste no contacto pele-a-pele onde o bebé pré-termo é colocado, na posição ventral, sobre o peito da mãe ou do pai. De acordo com Costa (2003), a utilização do método Canguru traz benefícios para o bebé e para os pais. Além da melhoria clínica (diminui os períodos de agitação, favorece a amamentação e conduz ao aumento dos períodos de sono profundo, levando a um eficaz aumento de peso e uma estabilização dos sinais vitais). Esta foi mais uma das intervenções que tive a oportunidade de realizar. Refletindo sobre a minha experiência neste momento de aprendizagem, concluo que a envolvimento da UCIN pode prejudicar o processo de vinculação saudável, incorrendo na necessidade da intervenção de um elemento externo à tríade mãe-pai-filho - o profissional de saúde. Este profissional de saúde deve ser o enfermeiro devido a possuir um suporte teórico e estar em contacto mais direto com os recém-nascidos e seus pais sendo parceiros primordiais na promoção do processo de vinculação.

Nesta reflexão, quero agora debruçar-me numa situação em particular que vivenciei durante um turno, que do ponto de vista emocional foi muito marcante. Durante um turno, que na fase inicial aparentava ser calmo, tive conhecimento que no Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais, havia um RN pré-termo que se encontrava muito instável (encontrava-me na prestação de cuidados na unidade de Cuidados Intermédios), instabilidade derivada de patologia grave. No turno da manhã já havia sido comunicado aos pais e familiares que a sobrevivência do recém-nascido tornara-se inviável. A partir deste ponto, o foco de atenção seria a prestação de cuidados paliativos com dignidade e respeito, e em parceria com a família, de forma a proporcionar ao recém-nascido uma morte indolor, facilitando também todo o processo de luto da família. Segundo a OMS (2002) os Cuidados Paliativos são “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” Sabia que a morte da criança estava iminente, algo que emocionalmente me fez levantar várias questões: estaria preparada para assistir pela primeira vez à morte de uma criança? Como iria eu reagir? Seria capaz de manter uma postura profissional? E qual ou o que seria uma postura profissional? Mais uma vez a apreensão e o receio apoderaram-se de mim. Cerca de 2 horas após o início do turno ecoaram por toda a unidade os gritos de dor e desespero por parte dos familiares que rapidamente me fizeram aperceber que o momento tinha chegado. A Criança era de Etnia Cigana, como tal, encontravam-se presentes na unidade elevado número de familiares, todos com o mesmo grau de desespero, observando-se alguma dificuldade em controlar a entrada e saída dos mesmos na unidade por parte dos profissionais. A criança que se encontrava ventilada, com várias perfusões em curso entrara em paragem cardiorrespiratória, tendo-se iniciado as manobras de reanimação. Assisti a tudo isto inicialmente na sala contra lateral, e após refletir se seria pertinente aproximar-me, como iria reagir à situação, acabei por me dirigir à sala e limitei-me a observar, visto nunca ter vivenciado anteriormente situação semelhante. Lembro até aos dias de hoje os gritos de dor, as lágrimas, o desespero, as palavras, a deambulação dos familiares, as expressões por parte dos familiares e por parte dos profissionais. Quando entrei na sala já deviam ter passado mais de 30 minutos desde que a criança entrara em paragem cardiorrespiratória. Passei pelo corredor de ligação e observei vários familiares da criança em total desespero, verbalizando e vocalizando a sua dor. Observei igualmente os pais de outras crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais que de modo diferente também manifestavam sinais de dor, receio e apreensão. Estes pais tinham sido encorajados a abandonarem a sala de modo a não

assistirem aos procedimentos e porque de certo modo a situação tinha-se descontrolado ligeiramente. Posteriormente os familiares foram encaminhados para outra sala para ficarem mais resguardados. Quero realçar a atuação da equipa de enfermagem ao possibilitarem aos familiares a oportunidade de se despedirem da criança, de se aproximarem da mesma. A equipa aparentava calma, atuando de modo empático. Já sabíamos que a criança falecera, mas as manobras mantiveram-se por cerca de 1h30m de modo a permitir que os familiares interiorizassem a irreversibilidade da situação. Encontravam-se junto à incubadora vários familiares. Estes dedicavam-se à oração, e como seria de esperar não permitiam que fosse declarada a hora do óbito, insistindo que se continuassem com as manobras. Mais tarde, a mãe, uma adolescente de 16 anos, voltou a entrar na Unidade e foi-lhe permitido aconchegar a criança ao colo para se despedir, e neste momento todos interiorizaram a sua perda, sentindo-se um vazio em toda a unidade, comprovado pelo silêncio, de curta duração que se fez sentir. Aos poucos os familiares abandonaram a Unidade para que a equipa pudesse tratar da criança. Mais tarde a criança foi transportada para o quarto de isolamento, que muitas vezes é utilizada para situações de fim de vida, para que a família possa despedir-se da mesma, dentro dos seus padrões culturais e iniciar o processo de luto. Refletindo sobre a atuação, acredito, que tendo em conta a situação em causa, atuei do melhor modo possível. Evitou criar conflitos e atritos entre os familiares e a equipa de saúde, conseguindo gerir alguns que inevitavelmente surgiram. Proporcionou espaço para que o processo de luto tivesse início, respeitando dentro das suas possibilidades os aspetos culturais. Foi permitido que estivesse presente o pastor evangélico, visto como protetor da comunidade e um elemento capaz de apaziguar tensões existentes. A necessidade da presença da sua família e comunidade tornou-se evidente e necessária para o bem-estar da família nuclear, quer por aspetos culturais, quer pela reorganização de papéis a efetuar na mesma. A área de intervenção na prestação de cuidados foi alargada a toda a comunidade, nomeadamente através da presença de outros familiares além dos pais da criança. do ponto de vista deontológico a atuação geriu-se de acordo com os princípios deontológicos da profissão veiculados no Decreto Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, artigos 81º, 82º e 87º na medida em que se respeitou e fez “respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”, se “respeitou a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa” durante a prestação de cuidados e “respeitou e fez “respeitar as

manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”.

Relacionado com a situação que descrevi anteriormente- a morte do RN, emergiu outra questão: como estariam os pais das outras crianças internadas na Unidade? Pelos seus olhares apercebi-me que se sentiam assolados com sentimentos ambíguos e vários tipos de dúvidas lhes surgiam. Esta minha afirmação surge do facto de um dos casais presentes na unidade durante a prestação me ter abordado com questões referentes a esta situação. Algum tempo após a morte da criança, durante a prestação de cuidados a outra criança, apercebi-me que um pai se encontrava muito ansioso, com os olhos muito vermelhos devido ao choro, entrando e saindo da unidade com frequência superior ao seu padrão normal. Ao analisar o espaço físico, apercebi-me que este casal na altura dos acontecimentos, apesar de se encontrarem noutra sala, assistiram a toda a situação pois encontravam-se a fazer Canguru, não podendo por esse motivo afastarem-se do ângulo de visão. Aproximei-me e questioneei o casal sobre o que se passava, se necessitavam de falar sobre o assunto, se poderia ajudá-los de alguma maneira. Como esperado, os pais encontravam-se desesperados com o que tinham vivenciado e estavam receosos que o mesmo pudesse suceder ao seu filho. Os pais ao experienciarem aquela situação, não conseguiram evitar fazer comparações entre a sua e aquela criança que acabara de falecer, voltaram a sentir o medo da doença, do desconhecido, a insegurança e o sentimento de ausência de controlo sobre o ambiente hospitalar. E aqui deparei-me com mais outra questão. Queria ajudá-los, tranquilizá-los, mas fiquei com dúvidas em como fazê-lo sem me exceder na informação que dava. Deparei-me com o aspeto ético e legal da questão, pois muitas vezes com a fluidez do discurso podemos transmitir mais informação do que a necessária e correta. Eu sabia que do ponto de vista clínico as situações entre ambas as crianças não eram comparáveis. O filho deles, clinicamente estava internado para aquisição de autonomia alimentar e aumento ponderal. Pensei no modo como realizar esta intervenção sem quebrar o sigilo profissional, pois de acordo com o Artigo 85º do Código Deontológico (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro) o enfermeiro deve:

a) “Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”;

b) “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”;

c) “Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”.

Posto isto, senti que a linha era ténue, e se não processasse calmamente a informação, poderia, sem me aperceber, quebrar o sigilo profissional. Esta questão fez-me relembrar situações e atuações com as quais nos deparamos na nossa prática diária, sem que nos ocorra que podemos estar violar os direitos do cliente.

Em relação aos registos de enfermagem, nesta unidade está a ser utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) que utiliza a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE constitui atualmente um instrumento fundamental para a prática da enfermagem e todos os enfermeiros, sobretudo os enfermeiros especialistas, devem reconhecer e compreender as vantagens e repercussões futuras para a valorização e reconhecimento da profissão. Esta metodologia de registos permite a existência de uma linguagem comum entre os profissionais e uma gestão de cuidados moderna e eficiente. Apesar de num primeiro contacto com a CIPE, se incorrer o risco de parecer haver uma despersonalização e não individualização do planeamento de cuidados, com a prática clínica, principalmente nesta Unidade, interiorizamos que a mesma reflete os aspetos fulcrais da prática de enfermagem. Esses mesmo aspetos podem ser definidos localmente, atendendo ao contexto específico de cada local e ao impacto que pode ter no estado de saúde de cada indivíduo, pelo que é suficientemente abrangente e sensível à variabilidade cultural de cada país para poder servir o fim a que se destina tornando-se, um instrumento de informação para descrever e dar visibilidade à prática de enfermagem, fornecendo dados representativos dessa prática em sistemas de informação globais. É importante para o EESIP compreender as implicações que a aplicabilidade e implementação deste sistema tem, quer para a prestação de cuidados, quer para o desenvolvimento de futuras políticas de saúde. A utilização da CIPE permite desenvolver a qualidade da documentação produzida, fornecendo dados mais fiáveis, precisos, consistentes e de fácil análise. A monitorização dos cuidados é facilitada e realizada com maior rigor e fiabilidade. O contacto com esta linguagem e este tipo de registos foi para

mim um importante momento de crescimento profissional, uma vez que a médio-longo prazo será uma realidade global nos nossos hospitais.

Referências bibliográficas:

Brazelton, T. B. (1988). *O Desenvolvimento do Apego: Uma Nova Família em Formação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 208 p

Brazelton, T. B.; Cramer, B.G. (2001). *A Relação Mais Precoce: Os pais, os bebés e a interação precoce*. 3ª ed. Lisboa: Terramar.

Código Deontológico. (2009). *Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro*. Obtido em 1 de março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Costa, S. O; (janeiro de 2003). *Kangaroo Care: Ficção ou Realidade?* Nursing – Edição Portuguesa, Lisboa, [s.n.] ISSN 0871-6196. Nº173, p16-19.

APÊNDICE XXV

Reflexão UCC- Seixal

A elaboração do projeto de trabalho, serviu de fio condutor às aprendizagens realizadas durante os estágios clínicos proponso-me a fazer uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas em cada local, salientando as situações mais significativas para mim, bem como as emoções e os sentimentos que emergiram dessas mesmas situações e as aprendizagens realizadas . Segundo Santos e Fernandes (2004) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas” (p. 59). A reflexão é efetivamente um processo de aprendizagem. Para isso recorrerei ao “Ciclo reflexivo de Gibbs” como facilitador do mesmo processo reflexivo.

O “Ciclo reflexivo de Gibbs” segue etapas específicas com o objetivo de organizar as situações a descrever e estruturar a reflexão. As etapas compreendem:

- 1- Descrição – o que aconteceu?
- 2- Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?
- 3- Avaliação – O que foi bom e mau na experiência?
- 4- Análise – Que sentido(s) tem o que se passou?
- 5- Conclusão – O que poderia ter feito melhor?
- 6- Planear a ação – Da próxima vez, faço assim

O estágio a que se refere esta reflexão, decorreu no período de 8 de outubro de 2012 a 2 de novembro de 2012, na Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal em cuidados de saúde primários. De modo geral, considerei este campo de estágio muito produtivo, contudo, a primeira semana foi marcada por sentimos ambivalentes de curiosidade bem como receio de insucesso em desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Este sentimento aumentou com a pesquisa relativamente ao papel do enfermeiro numa UCC, consulta de normas e protocolos subjacentes à UCC. Através da pesquisa, pude tomar consciência dos projetos e programas existentes nesta unidade de saúde. Ao ter conhecimento de um elevado número de programas de saúde, fiquei receosa de não ser capaz de dar resposta aos mesmos, tendo em linha de conta a duração do estágio. Programas como: Saúde escolar, Saúde Mental na Infância e Adolescência e Intervenção Integrada na Área da Criança/jovem com necessidades especiais; Programa Saúde sobre Rodas – “Bairro da Cucena”, Projeto de formação Formar para Cuidar, entre outros. O primeiro dia do estágio foi dedicado à consulta de normas, protocolos e documentação relativa à constituição de equipa da UCC, filosofia e área de abrangência, e consulta da legislação subjacente às Unidades de Cuidados na Comunidade. No dia seguinte, era

esperado da minha parte, uma participação ativa nestes mesmos programas, o que considero não ter sido bem conseguido, por ainda não dominar as normas orientadoras dos serviços de saúde. Esta situação aumentou os sentimentos de frustração e de alguma insatisfação. De modo a inteirar-me de todos estes projetos e programas e ultrapassar as dificuldades sentidas na fase inicial, dediquei algum tempo à pesquisa sobre as diretrizes dos Respetivos Programas Tipo e as estratégias dos programas nacionais. Devo referir que a Enfermeira de Referência desempenhou um importante papel ao proporcionar-me situações interessantes de aprendizagem, bem como ao indicar a “direção” da pesquisa, para colmatar as dificuldades sentidas.

Relativamente a este campo de estágio, quero focar-me numa situação, que marcou muito a minha passagem, pela UCC. Durante as conversas formais com a Enfermeira de Referência e a Enfermeira Coordenadora, foi-me dado a conhecer a situação de uma criança de 5 anos de idade, que se enquadrava na minha temática major de projeto - a adesão ao regime terapêutico da criança com patologia do foro urológico. Devo realçar, que quando anteriormente referi que vivenciei situações de frustração e insatisfação, foi em grande parte derivado da dificuldade em enquadrar o meu projeto na realidade desta Unidade de Saúde. A “exploração” da situação da criança serviu de motor motivacional e de satisfação durante as atividades neste campo de estágio. A J. é uma criança de 5 anos, que frequenta a educação pré-escolar numa Escola Básica/Jardim de Infância. A criança tem como patologia de base Spina Bífida - uma malformação da coluna vertebral resultante de um defeito na formação das vértebras, e que dependendo da sua localização, apresenta diferentes sequelas. As sequelas afetam, por vezes, de modo muito marcado, a capacidade destas crianças para a realização das suas atividades de vida diárias - o autocuidado e autoconceito. É uma patologia que me suscitou particular interesse e dedicação, desde o início do meu exercício profissional. A J. derivado da sua patologia de base tem de submeter a esvaziamentos vesicais três vezes por dia, bem como a treino intestinal, apresentando limitações a nível da mobilidade, necessitando da utilização de ortoses a nível dos membros inferiores e recurso a andarilho para a aquisição de estabilidade e poder deslocar-se de modo independente. Foi-me explicado que existiam dificuldades a nível da integração escolar da criança, nomeadamente em relação à realização dos esvaziamentos vesicais durante o horário escolar, por não colaboração dos funcionários da escola. A partir desta situação, surgiu a necessidade e oportunidade de realizar uma ação de sensibilização relativamente à patologia da J. para os funcionários da escola (auxiliares de ação educativa e educadoras) no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança.

A proposta entusiasmou-me e foi uma oportunidade de desenvolver as competências de EESIP, na medida em que me motivou e permitiu, de acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE,2011), a aquisição das seguintes competências: a) Promoção do potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas da saúde escolar; b) Fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios dirigidos à comunidade escolar para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil da J., c) Sensibilização cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção; d) Articulação com outras instituições e serviços; e) Implementação de intervenções que contribuam para a promoção do autocuidado e aumento do bem-estar da criança/jovem; f) Prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; g) Implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais junto de crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; h) apoio na inclusão de crianças/jovens com necessidades especiais; i) A referenciação das crianças e jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte. Esta experiência permitiu-me ainda divulgar e promover “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE,2009, p. 14). As ação de sensibilização desenvolvidas nesta Unidade ocupa um lugar de destaque na aquisição das competências de enfermeira especialista em SIP, não só pelo impacto da intervenção e da sua contextualização, mas também pela responsabilidade, enquanto profissional e futura enfermeira especialista, de colaborar na formação de profissionais para as problemáticas e necessidades específicas de saúde da criança.

De modo a responder às necessidades especiais da J. e respeitando a sua individualidade, procurou-se articular com outras instituições de saúde, nomeadamente o Hospital Garcia De Orta, com o objetivo de recolher mais informação sobre a mesma; informação relativamente aos seus antecedentes pessoais de saúde, como intervenções cirúrgicas passadas, nível de localização do mielomeningocelo e suas sequelas e o tratamento instituído pela equipa de saúde. Para que o diagnóstico de situação ficasse completo e a ação de sensibilização correspondesse às expectativas dos participantes, estabeleceu-se contacto com a escola, a fim de determinar as necessidades formativas e as dúvidas sobre este problema. O contacto com a escola permitiu agendarmos a ação de formação que ocorreu em dois momentos diferentes, de acordo com a disponibilidade das pessoas. Na primeira sessão foram abordados alguns aspetos gerais da patologia e as suas repercussões e o modo como estas afetavam a realização das atividades de vida da criança, com especial enfoque a nível da incontinência urinária e da sua necessidade em

realizar os esvaziamentos vesicais. Além deste ultimo aspeto, emergiram novas dúvidas por parte da equipa escolar, relativamente a outros cuidados a ter com a J., bem como limitações derivadas da patologia de base. De modo a esclarecer as dúvidas surgidas, foi discutido com a educadora e enfermeira de referência a pertinência de na sessão seguinte envolvermos a mãe da J. na ação. Algumas das dúvidas emergentes diziam respeito às rotinas da J. no domicílio, os seus hábitos alimentares, eliminação e de deambulação. Ouvidas as questões, procedeu-se à sua inclusão na sessão seguinte, reformulando-se alguns slides. A presença da mãe e da gestora de caso da Equipa Local de Intervenção tornaram a sessão mais interessante e produtiva visto ter existido tempo para reflexão por parte dos participantes da sessão.

APÊNDICE XXVI

Cronograma de Estágios

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]